UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 38

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS CHRONIQUES NON TUBERCULEUX

DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Février 1911

PAR

Mathieu BATTESTI

Né à Philippeville (Algérie), le 5 octobre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur,
RICHE, Agrégé,
EUZIÈRE, Agrégé,

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS CHRONIQUES NON TUBERCULEUX

DE LA PROSTATE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS CHRONIQUES NON TUBERCULEUX

DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Février 1911

ACAD. LYON BAT. BIBL.

PAR

Mathieu BATTESTI

Né à Philippeville (Algérie), le 5 octobre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse { FORGUE, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur, RICHE, Agrégé, EUZIÈRE, Agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseigt de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. FORGUE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

M. BATTESTI.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESCAT

CHARGÉ DE COURS DES MALADIES GÉNITO-URINAIRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELANGLADE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. BATTESTI.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. BATTESTI

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est particulièrement agréable de ne pas oublier les nombreuses dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers nos maîtres. Qu'ils nous permettent de les remercier pour leur enseignement.

Nous eûmes le grand honneur de faire partie des services de MM. les professeurs Delanglade, Acquaviva, Imbert, Laget, Boinet, Treille, Pagliano, Roux de Brignolles, Perrin, Guende, chirurgiens et médecins des Hôpitaux. Nous avons suivi, pour notre plus grand profit, les leçons et les conseils de ces maîtres éminents. Qu'ils veuillent bien accepter ici le témoignage de notre reconnaissance la plus émue.

M. le professeur Escat a été pour nous un maître bienveillant et affable. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous lui adressons ici nos meilleurs remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a fourni les documents nécessaires. A nous, comme à d'autres camarades, il a montré qu'il était le maître et l'ami. Nous en avons pour preuve les marques d'intérêt qu'il nous a toujours témoignées durant nos études.

Nous terminons nos études médicales à la clinique obstétricale, dans le service de M. le professeur Guérin-Val-

male. Que ce maître éminent veuille bien agréer nos remerciements pour nous avoir initié à l'art des accouchements.

M. le professeur Forgue voudra bien agréer l'expression de notre gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, ainsi que MM. les professeurs Estor, Riche, Euzière, membres de notre jury.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS CHRONIQUES NON TUBERCULEUX

DE LA PROSTATE

INTRODUCTION

Les abcès aigus de la prostate sont très bien connus aujourd'hui, et leur étude a donné lieu à de nombreux travaux. La thèse de Segond, en particulier, intitulée « Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique », reste classique.

Depuis, pour trouver une étude d'ensemble, il faut arriver au rapport fait en 1907, par Oraison, à l'Association Française d'Urologie, et aux discussions qui l'ont accompagné.

Les abcès chroniques de la prostate, au contraire, n'ont fait l'objet d'aucune étude générale. Ce type clinique et anatomo-pathologique mérite cependant d'être nettement isolé.

Sous le nom d'abcès chroniques de la prostate, nous entendons les foyers prostatiques et périprostatiques ab-

cédés, résultant soit d'un abcès aigu non oblitéré et resté fistuleux, soit de la réunion en une ou plusieurs poches de foyers multiples de la prostatite parenchymateuse chronique (prostatite parenchymateuse d'Albarran).

Ces collections, sans tendance à la guérison, et rebelles aux moyens ordinaires, sont susceptibles de complications graves et nécessitent le traitement chirurgical.

Elles étaient méconnues ou abandonnées à elles-mêmes avant les recherches récentes de la chirurgie moderne. L'importance de ces abcès est cependant très grande, en particulier au point de vue de la blennorrhagie chronique et des prostatites chroniques, et on peut dire au point de vue de toutes les affections chroniques des voies urinaires inférieures.

C'est ce qui nous a conduit à entreprendre l'étude de cette affection, dont nous avons étudié surtout le côté clinique et thérapeutique, en nous basant plus particulièrement sur les observations et les constatations que nous avons pu faire à la clinique des maladies des organes génito-urinaires, sous la direction de M. le professeur Escat.

Dans cette étude, nous avons laissé de côté les suppurations tuberculeuses de la prostate.

HISTORIQUE

D'après la plupart des auteurs, les abcès de la prostate ne seraient connus que depuis J.-L. Petit. Dès le commencement du XVII[e] siècle, cependant, on trouve dans les ouvrages de Colot des passages se rapportant à certaines affections de ce genre.

Mais les faits antérieurs à J.-L. Petit sont relativement rares, et il faut arriver à ce chirurgien pour trouver des observations précises et détaillées d'abcès de la prostate.

Velpeau, en 1842, écrit dans le « Dictionnaire en 30 volumes » une magistrale étude sur les suppurations prostatiques. C'est la première étape de la mise au point de la question.

La deuxième étape est marquée par l'apparition de deux noms dans la littérature médicale contemporaine ; ce sont ceux de Guyon et Segond, qui ont fait, le premier dans ses « Leçons cliniques », le second dans sa thèse inaugurale (Paris, 1880), une étude approfondie des suppurations prostatiques et de leur traitement.

Forgue et Albarran, dans leurs articles des traités de chirurgie, et dans quelques articles des *Annales des maladies génito-urinaires,* ont également contribué à éclaircir l'histoire des abcès de la prostate.

Dès 1889, dans l'article du Dictionnaire encyclopédique, Desnos insistait sur la fréquence des abcès chroniques de

la prostate, dont il avait vu des pièces au Musée Civiale et au Musée Dupuytren. Au Congrès d'Urologie de 1899, il étudia de nouveau les abcès latents de la prostate.

Minet, élève de Desnos, dans sa thèse sur les suppurations prostatiques et périprostatiques, reprend l'étude des abcès latents de la prostate et cite plusieurs cas nouveaux. Mais son travail est surtout une étude d'ensemble sur les suppurations prostatiques, plutôt qu'une étude sur les abcès chroniques.

L'évolution ultérieure des abcès chauds prostatiques devenus fistuleux n'est précisée nulle part.

Ils rentrent dans l'histoire des fistules urinaires plus ou moins curables.

Les nouveaux procédés d'exploration de la prostate (massage) et l'extirpation devenue classique de cette glande, ont permis de recueillir des documents nouveaux, et en particulier de mettre en relief les vieux foyers chroniques suppurés, méconnus et confondus dans la symptomatologie des autres affections urinaires.

En 1902, M. le professeur Forgue pratiqua le premier la prostatectomie, pour un cas d'abcès chronique de la prostate, dont nous donnons plus loin l'observation.

Oraison, dans son rapport fait en 1907 à l'Association d'Urologie, a résumé l'état actuel de la question. Pour lui, il faut entendre par abcès de la prostate non seulement les grandes collections purulentes d'origine urétrale, mais encore les abcès folliculaires qui en sont le premier stade, et les phlegmons périprostatiques qui doivent être considérés comme un stade plus avancé. Il n'insiste pas sur les formes chroniques.

En dehors des causes prédiposantes générales tenant à l'âge et aux différentes diathèses, les abcès de la prostate prennent naissance sous l'influence de deux facteurs

principaux, qui sont : les modifications très fréquentes en raison de la richesse de la circulation pelvienne, et la pénétration d'agents pathogènes.

Ceux-ci peuvent pénétrer spontanément dans la glande ou à la faveur d'un traumatisme. Ceux que l'on observe le plus souvent, sont : le staphylocoque, le gonocoque, le streptocoque, le pneumocoque, et des anaérobies qui, dans certains cas, peuvent jouer un rôle prépondérant.

Les points de départ de ces agents microbiens varient. Le plus ordinaire est l'urèthre. Celui-ci peut être sain et voir s'exalter la virulence de sa flore normale, à l'occasion de manœuvres intra-uréthrales. Le plus souvent, il est atteint d'uréthrite aiguë ou chronique.

Cependant, l'infection peut venir d'ailleurs : de l'extérieur, rarement à la suite d'un traumatisme ; de l'intestin plus souvent ; d'un point quelconque de l'organisme, à la suite d'une infection générale ou paraissant localisée, comme la pyohémie, la grippe, la furonculose, etc.

Les voies de propagation de l'infection sont variables, suivant le siège des affections causales. Elle se produit surtout par voie glandulaire ascendante, dans les uréthrites, par voie lymphatique ou voie sanguine veineuse ou artérielle dans les affections intestinales.

La glande une fois envahie, l'infection frappe le plus souvent l'élément glandulaire le premier ; les conduits glandulaires s'enflamment et se dilatent. Si le processus continue, la paroi glandulaire s'infiltre de globules blancs qui franchissent rapidement cette barrière pour envahir le tissu interveineux. Il se forme ainsi plusieurs petits foyers qui finissent par se fusionner pour donner naissance à un ou plusieurs abcès volumineux.

La suppuration gagne le plus souvent le tissu cellu-

laire périprostatique, soit par diffusion ou par contiguïté, soit par voie veineuse ou par voie lymphatique.

Enfin, l'abcès de la prostate peut se compliquer de fusées purulentes dans des directions variées, de suppurations à distance et de fistules rebelles.

Le traitement des abcès de la prostate s'efforcera d'abord d'être préventif en luttant contre les uréthrites aiguës ou chroniques, les affections intestinales ou vésicales et les prostatites aiguës ou chroniques. Une fois la suppuration établie, il devra devenir curatif.

Trois voies s'offrent au chirurgien : l'urèthre, le rectum, le périnée. La méthode périnéale est la plus universellement adoptée, depuis les travaux de Dittel et Segond. La guérison devra être activée quelquefois par la médication générale reconstituante.

Comme on le voit, Oraison étudie surtout les abcès aigus. Il montre bien les conséquences éloignées (fistules) que peuvent avoir ces abcès aigus, mais il n'insiste pas sur la chronicité de ces abcès.

M. Albarran distingue quatre variétés d'abcès de la prostate :

1° Abcès aigus collectés avec rétention ou dysurie et phénomènes fébriles ;

2° Abcès aigus ou subaigus à moindre réaction ;

3° Prostatites chroniques folliculaires à foyers multiples, vidés plus ou moins complètement dans l'urèthre ;

4° Abcès dans l'hypertrophie de la prostate.

Dans la première variété, pour Albarran, la voie rectale doit être repoussée, car si certains malades guérissent assez rapidement, il en est d'autres qui présentent des fistules uréthro-rectales. Dans ces cas aigus, l'incision périnéale donne de bons résultats, même dans les cas où l'urèthre est rompu.

Dans la seconde variété, Albarran conseille encore d'ouvrir par le périnée sans attendre des accidents graves. Le chirurgien devra toujours éviter l'ouverture uréthrale.

A la troisième variété se rattachent les cas d'anciens abcès ouverts dans l'urèthre et incomplètement guéris. Ces variétés sont justifiables du massage et du lavage. Albarran, pour ces prostatites chroniques qui ne guérissent pas par les moyens ordinaires, a employé avec succès le curettage de la prostate par la voie périnéale, sans ouvrir l'urèthre, et en respectant les canaux éjaculateurs.

Dans le quatrième cas, Albarran conseille la prostatectomie périnéale, de préférence à la prostatectomie hypogastrique.

Ces deux dernières classes, étudiées par Albarran, entrent dans le cadre de notre question.

M. Escat fit, à la 11e session de l'Association française d'Urologie, deux communications sur les abcès et les fistules prostatiques.

Pour lui, les abcès chroniques de la prostate sont souvent méconnus, et affectent des formes anatomiques diverses, qui règlent les indications thérapeutiques. L'abstention de tout traitement prostatique direct suffit à nombre de cas aigus. L'abcès peut guérir par résorption ou par rupture dans l'urèthre ou le rectum.

Le traitement direct s'impose dans les autres cas pour éviter une infirmité prolongée ou grave : fistule prostatique interne ou externe, ou même issue fatale.

Le traitement doit être essentiellement évacuateur ; deux procédés le complètent : le massage et l'incision.

La forme canaliculaire purulente ou leucorrhéique et l'abcès circonscrit lorsqu'il est déjà ouvert dans l'urèthre, relèvent du massage et des lavages sans sonde.

L'incision rectale sous le contrôle de la vue est la mé-

thode de choix pour les collections aiguës fluctuant dans le rectum ; c'est la voie la plus courte, la plus rapide, la plus déclive pour l'évacuation.

La voie périnéale sera réservée aux foyers chroniques diffus, multiloculaires, déjà ouverts dans l'urèthre, et qui ne guérissent pas. L'incision périnéale devra être complétée souvent par la résection partielle de la coque de l'abcès.

M. Escat attire l'attention sur les fistules prostatiques borgnes internes, autrement dit sur les foyers prostatiques fistulisés dans l'urèthre et devenus chroniques. Ils sont très souvent méconnus. Ils expliquent bien les urétrites chroniques incurables. La persistance d'un premier jet chargé de filaments lourds, les poussées de bactériurie et de cystite, l'évacuation de glaires purulentes par le massage, révèlent ces foyers chroniques qui résistent aux massages répétés et énergiques.

C'est le reliquat d'abcès méconnus ou qu'on n'a pas ouverts. Ils témoignent de la nécessité absolue d'ouvrir ces collections prostatiques. L'incision périnéale serait applicable, de préférence, à cette infirmité, mais il est parfois difficile de préciser le point exact du foyer.

M. Loumeau, au cours des observations qu'il a recueillies sur les abcès de la prostate, a remarqué qu'ils avaient tous pour cause déterminante une infection uréthrale, due soit au cathétérisme, soit à la blennorragie, le plus souvent à une blennorragie chronique très lointaine, en apparence bénigne, et insidieusement propagée aux glandules prostatiques. Ils ont éclaté à l'occasion d'un traumatisme, d'un excès alcoolique ou vénérien, ou encore d'une infection générale. Ils se sont présentés, soit sous forme d'une collection circonscrite, sous-muqueuse, centrale ou corticale, soit sous forme d'une prostatite diffuse

suppurée, ayant envahi tout un lobe ou la glande tout entière.

Pour Loumeau, le traitement de ces abcès doit être préventif et curatif. Le traitement préventif vise l'asepsie du cathétérisme, et surtout la cure radicale de la blennorragie. Quand la suppuration prostatique existe, son traitement varie avec sa forme aiguë ou chronique. Dans l'abcès aigu et circonscrit, si l'abcès est central, on l'atteindra par la prostatectomie périnéale. Dans l'abcès chronique, M. Loumeau a pratiqué avec succès l'opération de Freyer, et il défend systématiquement la voie haute hypogastrique dans les abcès qui accompagnent l'hypertrophie de la prostate.

M. Tédenat a précisé aussi la pathogénie et le traitement des abcès prostatiques. Pour lui, il paraît bien établi que l'infection blennorragique gagne de proche en proche les culs-de-sac glandulaires. Quand la suppuration se produit, alors les abcès folliculaires peuvent rester multiples, petits. Il arrive aussi que par ulcération des parties mitoyennes et suppuration du tissu interstitiel, des cavernes plus ou moins étendues se produisent, lentes à guérir, persistant des années, capables, à la suite de coups de pieds, de longues courses à bicyclette, à cheval, de diffusion de la suppuration et de collections septiques graves. A l'examen microscopique du pus, on constate presque toujours que le staphylocoque prédomine, mêlé de streptocoques et de colibacilles.

D'après Tédenat, il faut, pour empêcher la formation du pus, traiter régulièrement les uréthrites chroniques, les prostatites folliculaires. Dès qu'il y a suppuration, il faut donner issue au pus, pour ne pas s'exposer aux suppurations péri-prostatiques, aux fistules uréthro-rectales, aux cavernes purulentes rétro-prostatiques. Il faut inciser le

périnée de bonne heure, avant que la fluctuation soit complète. L'incision prérectale permet de fouiller la collection purulente, de détruire les cloisons, de faire un drainage large.

Rafin est partisan de l'expectation armée dans le traitement des abcès de la prostate. Pour lui, la constatation d'un abcès de la prostate ne constitue pas une indication suffisante pour intervenir d'emblée.

L'indication d'opérer réside le plus souvent dans la dysurie et la rétention d'urine. Le procédé de choix est la périnéotomie.

Pour Le Für, les suppurations de la prostate sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit communément. On peut les diviser, au point de vue clinique, en : 1° suppurations légères et superficielles ; 2° suppurations localisées, comprenant les abcès aigus et les abcès chroniques ; 3° suppurations diffuses et généralisées, envahissant la glande en masse, s'accompagnant d'un état général grave, et comprenant ordinairement un pronostic très sérieux. Le Für n'est pas partisan d'une intervention chirurgicale hâtive. Enfin, cette question des abcès chroniques de la prostate fut mise au point dans une clinique faite en février 1910, à la Clinique des voies urinaires de l'Ecole de médecine de Marseille, par M. le professeur Escat, qui traita dans leur ensemble les abcès chroniques de la prostate, et c'est surtout cette leçon clinique et les nombreux malades observés dans le service du docteur Escat, qui nous ont conduit à choisir cette affection comme sujet de notre thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, les abcès chroniques de la prostate nous présentent, plus ou moins associées, les lésions de la prostatite chronique, de l'hypertrophie de la prostate, et toutes les variétés de foyers purulents intra et périprostatiques.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique des abcès aigus, mais nous sommes obligés cependant d'en dire quelques mots.

Au début, l'infection, qui a envahi l'urèthre postérieur, pénètre dans les glandes superficielles de la muqueuse. L'inflammation se localise sur l'épithélium interglandulaire. Il s'agit d'abord d'une prostatite catarrhale endoglobulaire, ou encore folliculaire. Les produits de sécrétion s'accumulent ainsi dans la lumière des acini glandulaires, qui se distendent, bourrés par leur contenu, et forment ainsi de véritables petits kystes suppurants. Les abcès sont alors purement endoglandulaires.

A un deuxième stade, la diapédèse des globules blancs se produit dans la lumière de l'incision, et infiltre la paroi glandulaire, mais elle dépasse les limites de la glande et envahit le tissu périglandulaire. On a alors un foyer parenchymateux ou interstitiel. Il se forme alors des foyers de suppuration interglandulaires plus ou moins nombreux.

L'abcès se développe parfois au sein de la glande elle-même, et semble envahir les deux lobes pour former une poche purulente. Le pus peut même être sous-jacent à la capsule, et c'est après l'ouverture de celle-ci qu'il jaillit. Un seul des lobes latéraux peut être pris à l'exclusion de l'autre, ou en même temps que lui. L'abcès est parfois bien moins limité. Il s'agit d'une infiltration plus diffuse.

Les abcès chroniques de la prostate peuvent être représentés dans la glande par de petits foyers purulents, dont cette dernière se trouve pour ainsi dire farcie, constituant la forme d'abcès que Lallemand a appelés militaires. Ce sont là de véritables petits noyaux purulents. Il n'y a pas un abcès de la prostate, il y a une série de petites collections. Parfois, la glande tout entière peut être convertie en un sac purulent unique, quelquefois traversé par des tractus fibreux, restes du tissu glandulaire que la suppuration n'a pas détruit. Ce sac purulent résulte de la fonte générale du tissu prostatique tout entier.

Le foyer de l'abcès est irrégulier, anfractueux, et est le point de départ de collections ou de fusées. Souvent, dans les cas graves, la prostate est en partie détruite ; tous les tissus sont infiltrés d'une sérosité louche.

Ce foyer est tapissé par une membrane pyogénique et renferme les sécrétions glandulaires des culs-de-sac. La coque prostatique est épaissie, dure, adhérente et empêche toute guérison spontanée. Elle a dans les abcès chroniques une importance capitale, car c'est, en quelque sorte, à la présence de cette coque, qu'est due la chronicité.

Cette coque renferme un pus trouble, jaunâtre ou rougeâtre ; il contient de petits grumeaux et des amas cellulaires. Au microscope, on peut y déceler la présence de cellules cylindriques, de lambeaux entiers, de conduits ex-

créteurs, des éléments figurés du pus des hématies, des corpuscules prostatiques et des grains de lécithine.

On trouve également dans le pus prostatique, un grand nombre de microbes. Le gonocoque joue un rôle considérable dans la préparation du terrain où vont régner en maîtres d'autres micro-organismes. Les microbes les plus fréquemment rencontrés, soit dans l'écoulement, après massage, soit dans le pus d'un abcès incisé, sont : 1° le staphylocoque ; 2° le streptocoque ; 3° le coli-bacille ; 4° quelques anaérobies.

Cette coque est souvent remplie de petits graviers, qui expliquent la cause et la chronicité des abcès (observation VIII).

Lorsqu'on ouvre les foyers prostatiques par la voie périnéale, en détachant le bulbe du transverse, on se rend bien compte que la voie est difficile pour les migrations naturelles venues de la loge prostatique ou des vésicules. La base du triangle ischio-bulbaire est fortement isolée de la prostate par l'aponévrose moyenne. Il n'en est pas de même de la pointe de ce triangle. La route est courte entre l'urèthre prostatique et l'urèthre bulbaire, si l'on suit l'urèthre membraneux. En disséquant l'urèthre membraneux, les foyers prostatiques peuvent franchir l'aponévrose moyenne et envahir le triangle ischio-bulbaire. Les fusées purulentes peuvent encore suivre les orifices vasculaires artériels et veineux de l'aponévrose moyenne. Enfin, cette dernière barrière peut être détruite, lentement minée par un foyer prostatique chronique.

Dans les abcès chroniques de la prostate, nous pouvons distinguer trois grandes variétés anatomiques.

La prostatite peut affecter la forme canaliculaire et constituer ce que M. le professeur Escat appelle l'engorgement septique de la prostate, rappelant la galactopho-

rite. Sous l'influence d'une irritation violente comme celle due à une infection mal dosée ou intempestive, qui gonfle et obstrue les orifices glandulaires, ou à la suite d'un traumatisme congestif, écart de régimes, coït au cours d'une uréthrite, etc., dans ce cas, la sécrétion normale augmentée de la sécrétion aseptique, distend les canaux et gonfle la prostate. La rétention septique intra-canaliculaire peut rompre ses barrières lobulaires, et l'effraction septique crée l'abcès avec tous ses désordres anatomiques.

Lorsque l'abcès prostatique est formé, il peut rester circonscrit. On trouve dans ce cas toutes les variétés, depuis l'abcès folliculaire, l'abcès monolobaire ou bilobaire, avec évolution habituelle, rectale ou uréthrale.

L'abcès prostatique communique le plus souvent avec l'urèthre, et ceci s'explique par le peu de résistance que le pus rencontre de ce côté. Dans quelques cas, l'ouverture du foyer purulent dans l'urèthre s'est faite par une série de petits pertuis dont l'aspect rappelle la disposition de la lame criblée de l'ethmoïde.

D'autres fois, mais plus rarement, l'urèthre prostatique reste intact et se laisse disséquer par la suppuration Il subsiste alors comme un véritable drain au milieu du foyer purulent (Lallemand).

Certaines lésions de voisinage peuvent s'observer chez les malades atteints d'abcès chroniques de la prostate. Les canaux éjaculateurs sont souvent enflammés, parfois disséqués, et baignent au milieu du pus ; quelquefois enfin, entièrement détruits. Il n'est pas rare aussi de constater la présence du pus dans les vésicules séminales. Les canaux déférents peuvent être également touchés.

Une circonstance particulière qui donne à ces abcès prostatiques une gravité toute spéciale, consiste dans la

facilité de leur extension hors des limites de la loge prostatique.

L'anatomie, qui nous montre autour de la capsule prostatique la présence d'un tissu cellulaire lâche, à connexions complexes et multiples, nous explique et nous donne la clef de la tendance du pus à la diffusion. Aussi est-ce un des points les plus intéressants que d'étudier les voies par lesquelles le pus se livre passage à l'extérieur.

La voie la plus fréquente de l'issue du pus hors du foyer prostatique, est l'urèthre. Le pus peut séjourner dans la prostate pendant une période assez longue, mais la plupart du temps il fait issue au dehors plus rapidement. La miction détermine l'issue du pus, mais son évacuation peut également se faire en dehors des mictions. L'écoulement est intermittent, et c'est à des intervalles variables que les malades éjaculent, pour ainsi dire, le pus accumulé derrière leur sphincter membraneux.

Le pus de l'abcès intra-prostatique peut encore se faire jour dans la vessie. C'est là une circonstance exceptionnelle.

La collection purulente intra-prostatique peut encore se faire jour à travers les parois de la loge prostatique, et ce sera alors vers le point le moins résistant de la capsule fibreuse qui limite la glande, c'est-à-dire en arrière, vers le rectum, en perforant l'aponévrose prostato-périnéale. Le passage du pus de la prostate dans le rectum est nécessairement précédé de l'inflammation du tissu rétroprostatique, inflammation qui doit rester adhésive. Si, au contraire, l'extension du pus de ce côté fait suppurer le tissu cellulaire rétro-prostatique, on assiste alors au développement d'un véritable phlegmon diffus.

L'ouverture de l'abcès prostatique par le périnée est

beaucoup plus rare, de même que l'extension vers la paroi antérieure de l'abdomen.

Ainsi donc, si les abcès chroniques de la prostate ont de la tendance à respecter les lamelles aponévrotiques et à s'ouvrir dans l'urèthre ou dans la vessie, il est fréquent de les voir franchir les limites de la loge prostatique et devenir le point de départ de suppurations péri-prostatiques.

Il est de règle qu'il n'existe qu'un foyer périprostatique. Le volume de ces foyers est variable. Le pus peut franchir la région rétro-prostatique et s'étendre au loin.

L'apparition au périnée d'une fistule prostatique, se fait en différents points : soit immédiatement en avant de l'anus, soit au niveau des fosses ischio-rectales, soit dans la région périnéale antérieure. C'est après avoir détruit la paroi inférieure de la loge prostatique que le pus fuse vers le périnée. Le pus peut aussi envahir l'une ou l'autre fosse ischio-rectale. Il trouve plus de difficultés à gagner le périnée antérieur. Il peut cependant apparaître dans le triangle ischio-bulbaire.

D'autres cas peuvent se présenter, et sont constitués par les fusées : inguinale, fessière, obturatrice, ombilicale, costale.

Les fusées inguinales parviennent à l'aine suivant le canal déférent. Les fusées obturatrices arrivent dans cette région en traversant le trou obturateur pour venir faire saillie à la face interne de la cuisse.

Enfin, il existe quelques observations dans lesquelles le pus venant de la prostate gagna la fesse par l'intermédiaire de la grande échancrure sciatique, et une observation de M. le professeur Guyon, où le pus ayant contourné le col vésical, gagna l'espace rétro-symphysien, puis re-

montant derrière les tendons des muscles droits, traversa le fascia transversalis.

En résumé, on peut, avec M. Segond, ranger en trois catégories les diverses voies de migration des abcès prostatiques chroniques. La première comprend les cas fréquents, tels que les ouvertures uréthrales et rectales, les fusées périnéales et ischio-rectales ; la seconde, les cas rares (fusées inguinales et obturatrices) ; la troisième, les cas exceptionnels (fusée péritonéale, fusées vers l'ombilic, la grande échancrure sciatique et les fausses-côtes, ouverture péritonéale).

C'est dans ces cas de diffusion de la suppuration que l'on observe des délabrements très étendus, le tissu prostatique détruit et remplacé par de véritables cavernes prostatiques, servant de carrefour à des trajets fistuleux et s'ouvrant par leur extrémité dans les différents points que nous venons d'indiquer.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les abcès chroniques de la prostate résultent le plus souvent d'abcès aigus mal soignés ou méconnus. Ces abcès aigus reconnaissent de multiples causes, que l'on peut réduire à trois : 1° une infection générale ; 2° le traumatisme ; 3° la blennorragie.

Les abcès de la prostate consécutifs à une infection générale sont nombreux. On en cite à la suite de la fièvre typhoïde, de troubles gastro-intestinaux, d'embarras gastrique.

Plus fréquent et plus efficace est le traumatisme dans le développement de l'abcès prostatique, que ce traumatisme se fasse de dehors en dedans ou réciproquement, de dedans en dehors.

Le cathétérisme, de quelque nature qu'il soit, et surtout s'il est fait avec des instruments rigides, peut provoquer l'abcès prostatique.

La blennorragie enfin est la cause la plus fréquente, que celle-ci agisse directement par infection gonococcique, ou indirectement, en créant un foyer d'infection latente du canal et de ses dépendances, ou en étant le point de départ de complications qui nécessitent des manœuvres sur l'urèthre, cathétérisme en particulier.

Mais ce qui est intéressant surtout à étudier pour nous,

c'est de savoir quelle est la cause de la chronicité de ces abcès de la prostate.

Distinguons cette étiologie chez les sujets jeunes et chez les vieux :

Chez les *sujets jeunes*, ces abcès chroniques sont le plus souvent dus au mauvais traitement d'une blennorragie. Il s'agit ordinairement d'une blennorragie mal soignée ou d'un abcès aigu méconnu, qui n'a pas été traité au cours d'une blennorragie (observation IV).

Cet abcès peut être aussi produit par les excès, de quelque nature qu'ils soient, au cours d'une blennorragie (alcool, coït).

Les abcès prostatiques par continuité s'observent chez les malades atteints de rétrécissement de l'urèthre. L'inflammation, limitée d'abord au canal, s'est étendue peu à peu vers les parties profondes et a gagné la prostate. Les sujets lymphatiques sont particulièrement exposés à ces extensions successives.

Il convient aussi d'ajouter au nombre des abcès chroniques de la prostate par propagation, certains abcès consécutifs à l'introduction immodérée d'instruments dilatateurs, à l'uréthrotomie interne, et même aux incisions uréthrales, telles qu'on les pratique à titre de méthode curative dans le traitement des rétrécissements du méat, et à titre d'opération préliminaire dans la lithotritie.

Chez le *vieillard*, l'abcès chronique de la prostate est surtout dû à une infection préexistante d'un organe génito-urinaire.

Mais chez le vieillard aussi, la blennorragie joue un rôle important dans la pathogénie des abcès chroniques.

La plupart du temps, le gonocoque n'intervient pas directement et ne fait qu'ouvrir la porte aux autres microorganismes et favoriser leur action pathogène.

Il existe un grand nombre de facteurs qui favorisent l'infection chez les gonorréïques, ou la rendent manifeste en l'exacerbant. Parmi ces facteurs, on peut citer les exercices violents, le froid, et surtout le coït, la masturbation, les pollutions nocturnes, qui sont des causes de congestion et d'exacerbation inflammatoire.

Les fatigues de toutes sortes, la marche exagérée, la constipation excessive, les habitudes sédentaires, l'hypertrophie prostatique, l'état variqueux des veines du rectum, appartiennent à ce dernier groupe étiologique.

Chez le *vieillard*, une cause fréquente de la chronicité des abcès est la lithiase. Les petits calculs, gros comme des grains de chènevis, entretiennent la chronicité. Il en est de même de l'hypertrophie et des tumeurs de la prostate.

Chez les *jeunes*, le plus souvent, cette chronicité des abcès est due au défaut d'incision ou à l'insuffisance de cette incision. Cet abcès peut avoir été mal ouvert. L'incision a été trop petite, et le pus ne s'est pas écoulé en totalité. Cette ouverture peut aussi avoir été faite trop tardivement, alors que le tissu prostatique était complètement désagrégé par la suppuration.

Un abcès de la prostate s'est ouvert soit dans l'urèthre, soit dans le rectum, soit au périnée, mais par un orifice étroit ou mal placé par rapport aux parties les plus déclives des collections, ou encore par un orifice primitivement assez large, mais rétréci ensuite ou devenu insuffisant, ou bien les cloisonnements de la glande empêchent la libre communication du pus avec l'extérieur. Dans tous ces cas, on assiste à des phénomènes de rétention purulente, et les parois continuent à suppurer, tant que l'issue du pus n'est pas complètement assurée. Il en résulte une suppuration chronique interminable.

La chronicité peut aussi être due à l'ouverture spontanée de l'abcès. L'abcès a été méconnu, il s'est ouvert seul, et cette ouverture a été insuffisante. Il s'est écoulé une certaine partie du pus, mais la majeure partie est restée dans la glande et cause une infection continuelle. Il s'est formé des foyers multiples, qui sont tous le siège de suppurations plus ou moins abondantes.

Les complications vésiculaires et funiculaires sont aussi des causes importantes de la chronicité.

Enfin, on trouve des prédispositions particulières à l'abcès chronique de la prostate ; il en est une principale : c'est l'arthritisme.

SYMPTOMATOLOGIE

Les abcès chroniques de la prostate sont souvent méconnus et leurs symptômes se confondent parfois avec ceux d'autres affections urinaires.

Chez les *jeunes* sujets, l'abcès chronique de la prostate se caractérise par des symptômes que nous pouvons distinguer en *fonctionnels* et *physiques*.

Symptômes fonctionnels. — Ce sont : la douleur, les troubles de la miction et de l'éjaculation, et un état particulier du système nerveux.

La *douleur* est un des symptômes les plus variables. Elle est spontanée, profonde, mal localisée par les malades. Le malade éprouve une gêne, un malaise périnéal, rarement une douleur gravative, exagérée par la station assise, que le malade cherche même à éviter, parfois plus vive au moment où il se lève ou s'assied ; dans d'autres cas, quand la station assise se prolonge, ou dans la station debout, ou à l'occasion de la marche et des secousses de la voiture, comme chez les calculeux. Cette douleur peut avoir des irradiations profondes jusqu'au bout du gland. Le malade éprouve quelquefois la sensation d'une sorte de petite éjaculation dans l'urèthre ou de passage de liquide au périnée, ou encore des picotements sous la fosse navicu-

laire, ou au bout de la verge. Les irradiations vers l'anus sont assez fréquentes ; le malade peut éprouver la sensation d'un corps étranger du rectum, un besoin persistant de défécation. Mais, le plus souvent, la douleur siège au périnée, à l'anus ou au rectum, sous forme de douleur diffuse ou d'élancements très douloureux. Quelques malades ont du ténesme rectal.

Mais tous ces phénomènes douloureux sont difficiles à délimiter, et sont confondus avec les phénomènes de cystite qui accompagnent l'abcès chronique de la prostate.

A côté de la douleur, et plus importants qu'elle, se trouvent les *troubles urinaires*. Ces troubles portent à la fois sur la *miction* et *l'éjaculation*.

Les *mictions* sont fréquentes et douloureuses. La répétition du besoin a lieu, soit pendant le jour, lorsque le malade se remue, soit la nuit, lorsque la prostate est congestionnée par le décubitus dorsal. Après l'émission d'urine, le malade ressent un ténesme d'autant plus pénible que sa vessie est vide. Le jet est interrompu fréquemment, par suite de crampes du sphincter. La dysurie et la bactériurie ne sont pas rares.

Les *fonctions sexuelles* présentent de nombreux troubles. Elles sont d'ordinaire médiocres. Les malades se plaignent d'érections persistantes, soit la nuit, soit quand ils restent assis longtemps. Au moment de l'éjaculation, une douleur assez vive est parfois ressentie au niveau de l'urèthre postérieur et du rectum. Le coït exaspère ou apaise momentanément les symptômes mictionnels.

De plus, et particulièrement sur les terrains prédisposés par leur constitution neuro-arthritique, à ces troubles, viennent se greffer diverses manifestations nerveuses. Le plus souvent, il ne s'agit que d'une tendance à l'hypochondrie, les malades attachant une importance exces-

sive aux symptômes qu'ils observent avec une attention constante. On observe aussi chez ces malades des fourmillements dans les membres inférieurs, sensation de chaud et de froid dans la colonne vertébrale, des douleurs névralgiques diverses du plexus lombo-sacré, enfin de la neurasthénie et une névrose prostatique particulière.

Symptomes physiques. — Le symptôme qui frappe le plus les malades, c'est l'*hypersécrétion du liquide prostatorréique*, d'ordinaire peu abondant.

Le malade est atteint d'une goutte rebelle. Il émet un jet purulent, qui renferme de gros filaments et des mèches purulentes.

La prostatorrée se produit pendant la défécation ou la miction et s'accompagne de démangeaisons désagréables; elle peut aussi apparaître sous forme d'un petit jet, ce qui fait souvent penser à la spermatorrhée. La pression, le massage, la produisent.

Ce n'est pas uniquement du liquide prostatique qui s'échappe du méat dans l'abcès chronique de la prostate, mais il se produit en même temps très souvent un écoulement spermatique, sous forme de pollutions nocturnes fréquentes. Cette spermatorrhée semble due à une vésiculite qui semblerait une complication de la prostatite.

Ces abcès chroniques de la prostate s'accompagnent aussi, souvent, chez les sujets jeunes, d'épididymites suppurées à répétition, avec tendance à suppuration à l'extérieur, pouvant faire croire à la tuberculose.

Etudions maintenant les signes des abcès chroniques chez le *vieillard*. Nous avons tout d'abord les signes d'une *cystite chronique*. Cette cystite chronique se caractérise surtout par de la suppuration des urines avec des symptô-

mes fonctionnels peu intenses. Dans certains cas, la fréquence et la douleur disparaissent complètement, et il ne persiste plus que le trouble des urines.

A côté de cela, il peut y avoir des cas où la cystite chronique est très intense, laissant peu de repos au malade. L'examen des urines est caractéristique. Celles-ci contiennent du pus qui se dépose au fond du vase, du sang parfois. Il y a tantôt infection acide, tantôt ammoniacale. Il y a souvent aussi de la bactériurie.

Mais c'est surtout la *rétention* qui est importante dans l'abcès chronique de la prostate.

La *rétention chronique* peut être *complète* ou *incomplète*, *avec* ou *sans distension*. Cette rétention s'installe au bout de quelques jours, de quelques mois, ou bien souvent brusquement, sans phénomènes prémonitoires.

Dans le cas de rétention complète, brusquement, à la suite d'une cause quelconque qui provoque la congestion de la glande, le malade, qui urinait déjà difficilement depuis quelques jours, est pris de rétention. Après quelques jours, spontanément ou sous l'influence d'un traitement décongestif, la miction spontanée peut reparaître, ou bien la rétention chronique peut succéder.

A ce moment, l'abcès chronique prend tout à fait les allures de l'hypertrophie de la prostate.

Le vieillard atteint d'abcès chronique de la prostate est parfois sujet à de *la pyurie et à des hématuries*. Le pus est abondant. On constate de véritables débâcles purulentes indiquant la présence d'un foyer extravésicalaire.

Les *hématuries* sont dues à la congestion considérable de tout l'appareil urinaire. Elles sont caractérisées, soit par des caillots qui viennent parfois obturer le col et provoquent une rétention complète, gênant même l'évacuation par la sonde. Elles durent d'ordinaire cinq à six jours,

puis disparaissent, mais peuvent affaiblir le malade par leur abondance ou leur répétition. Le plus souvent, le sang apparaît tout mélangé au pus lorsqu'on masse la prostate.

On constate souvent des épididymites suppurées qui accompagnent ces abcès chroniques. De plus, la prostate abcédée entretient un état de congestion et d'état morbide de tout l'appareil pelvien.

L'*état général* est faible, précaire, ce qui tient à ce que les voies urinaires supérieures subissent le contre-coup de la distension, et se laissent dilater, elles aussi, provoquant ainsi de la congestion rénale et des lésions de sclérose rénale.

Les *troubles* digestifs sont accentués : inappétence, diarrhée, vomissements, dysphagie buccale.

La fièvre peut revêtir le type aigu de l'infection urineuse et survient par accès.

De plus, le *toucher rectal pourra* nous donner des renseignements exacts sur la constitution de la glande. Le doigt pourra percevoir de la fluctuation, délimitant ainsi exactement l'endroit de la glande où se trouve l'abcès.

La caractéristique de l'abcès chronique de la prostate est que, par le toucher rectal, le doigt rencontre une zone de dépression et d'induration et fait évacuer un flot de pus par le massage.

Les sensations fournies par le toucher rectal sont variables suivant la forme de l'abcès. La première sensation à recueillir est celle du volume de la prostate. Normalement, en effet, cette glande doit faire une légère saillie du côté du rectum, avec des bords limités très nets. Cette augmentation de volume de la prostate peut être totale. Mais la plupart du temps, elle prédomine sur l'un des lobes, le gauche ou le droit. Dans presque tous les cas

d'abcès chroniques de la prostate, les bords de cette glande se délimitent facilement, grâce au tissu de réaction du voisinage. Quelquefois, ce qui frappe, ce sont les battements artériels dus à la congestion, parfois intense, du foyer purulent. La sensibilité de la prostate à la pression est variable. La glande peut n'être que très peu sensible à la pression, un peu douloureuse, ou même très douloureuse. La consistance de la prostate au cours de l'abcès chronique passe par deux phases : une première phase où la prostate est simplement dure et grosse, sans point fluctuant ; une seconde phase, où l'on constate un ramollissement de la prostate, que ce ramollissement porte sur une partie ou sur la totalité de la glande.

On a une sensation de *mollesse* et de *fluctuation*. Cette sensation peut s'accompagner de dépressibilité plus grande dans le cas d'abcès ouverts dans l'urèthre. Le toucher rectal s'accompagne *d'issue de pus au méat*. Cette issue de pus peut se faire uniquement pendant la maœuvre du toucher rectal, ou à la suite d'effort.

L'examen de l'urèthre chez les vieillards atteints d'abcès chronique ne doit pas être négligé. Cet examen peut se faire par l'endoscopie et le cathétérisme.

En résumé, douleurs avec irradiations du périnée à l'anus, troubles urinaires, et surtout rétention d'urine, hypertrophie de la prostate, puis, consécutivement, atrophie, excès de sensibilité, ramollissement localisé ou non et issue de pus au méat par le massage, voilà les principaux symptômes de l'abcès chronique de la prostate.

DIAGNOSTIC

Masqué par les symptômes des affections coexistantes, le diagnostic des abcès chroniques de la prostate est parfois difficile à porter. La difficulté consiste à éliminer les autres affections qui revêtent le tableau symptomatique des abcès chroniques de la prostate, et de faire un diagnostic différentiel.

Le toucher rectal constitue la base du diagnostic des abcès chroniques de la prostate. C'est un critérium aussi absolu que le toucher vaginal dans le diagnostic des affections génitales de la femme.

Pour obtenir de ce mode d'exploration tous les renseignements désirables, il faut combiner le toucher rectal à la palpation hypogastrique. Le malade doit être couché sur le dos et le toucher rectal calqué sur le toucher vaginal. La main, qui est appliquée au-dessus du pubis, déprimant doucement la paroi abdominale, et s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, empêche la prostate de fuir sous l'exploration de l'indicateur introduit dans le rectum. La prostate est pour ainsi dire saisie entre les deux mains, et on apprécie nettement toutes les altérations de forme, de volume et de consistance qu'elle peut offrir.

Lorsque toute la glande est détruite, la caverne prostatique se laisse facilement reconnaître par les sensations

qu'elle donne au doigt, par les symptômes que nous avons décrits, et par les données que fournissent les instruments explorateurs introduits dans le canal.

Quand la poche est pleine de pus, la fluctuation est manifeste. Ailleurs, la prostate est flasque, aplatie, et les pressions qu'on exerce sur sa face rectale font refluer par l'urèthre le pus contenu dans le foyer.

Ce dernier phénomène s'observe aussi dans les cas de cavernes prostatiques à parois coriaces et indurées. Si la caverne communique avec l'urèthre, la vessie se vide en partie par le canal, en partie dans la poche qui se laisse distendre, puis l'urine s'échappe goutte à goutte, et l'on observe une variété d'incontinence qu'il est utile de savoir distinguer. En pénétrant avec l'extrémité de la sonde dans une poche de cette nature, on a la sensation d'une cavité trop petite pour être la vessie, trop spacieuse pour n'être que l'urèthre dilaté. Chassaignac dit à ce propos : « Lorsque l'esprit n'est pas prévenu de l'existence de ces cavernes prostatiques, on peut croire qu'on est arrivé dans une vessie rétractée et profondément altérée. Une telle méprise empêcherait de pénétrer dans la vessie et de remédier aux accidents qu'entraîne la lésion réellement existante. » (1)

Les signes qui permettent le diagnostic des abcès chroniques de la prostate, nous sont maintenant connus, et nous pouvons aborder l'étude de leur diagnostic différentiel.

Distinguons le diagnostic chez les prostatiques *jeunes* et chez les *vieux*.

Chez les *jeunes*, les symptômes de l'abcès chronique de

(1) Chassaignac, Traité de la suppuration. Paris, 1859.

la prostate sont masqués par ceux d'autres affections, et qu'est-ce qui peut les masquer ? C'est un écoulement. Mais la caractéristique de l'écoulement prostatique chronique est qu'il est *intermittent* et qu'il se fait par *débâcles*.

Les sécrétions purulentes de l'abcès chronique de la prostate pourront être attribués à une *vésiculite*, à une *déférentite*, ou à une *uréthrite* rebelles. Mais l'examen de la prostate aura vite fait de nous renseigner, car dans l'uréthrite et la déférentite rebelles, on n'obtient pas par le massage le liquide louche et épais que l'on obtient chez les sujets jeunes, atteints d'abcès chroniques de la prostate. De plus, les débâcles purulentes manquent dans l'uréthrite et la vésiculite chroniques. Souvent les lésions sont associées.

La *spermatorrhée* ne sera pas confondue avec l'abcès chronique, si l'on pratique l'examen microscopique du liquide, le liquide spermatorrhéïque contenant un grand nombre de spermatozoïdes entiers, tandis que le liquide prostatique n'en contient qu'un petit nombre et surtout des débris, des queues principalement.

Le diagnostic est parfois malaisé entre l'*abcès chronique* de la prostate et la *cystite*. Mais certains caractères permettent de les différencier. Dans la cystite, on remarque du ténesme vésical caractéristique, avec envies fréquentes d'uriner, impérieuses. Dans l'abcès chronique de la prostate non compliqué de cystite, le ténesme vésical est bien moindre, et la fréquence des mictions n'est pas augmentée. La cystite s'accompagne de miction spécialement douloureuse au moment où les dernières gouttes sont évacuées ; à ce moment, étreintes convulsives, caractéristiques dans l'abcès chronique de la prostate. De plus,

dans la cystite on constate une simple sensibilité périnéale avec douleur d'irradiation vers l'anus bien moins violente que dans l'abcès chronique de la prostate. Dans la cystite pas de rétention d'urine, dans l'abcès chronique au contraire, dypsnée, rétention d'urine. Au toucher rectal, dans la cystite, prostate normale ; dans l'abcès chronique, le toucher révèle une tumeur prostatique douloureuse ramollie, et le massage ramène un flot de pus au méat. Au point de vue de l'état général, la cystite n'a pas ou peu de symptômes généraux. Dans l'abcès chronique, au contraire, symptômes généraux assez accentués, fièvre, inappétence.

Mais très souvent, ces lésions sont associées ; l'abcès chronique entretient la cystite chronique.

La *tuberculose prostatique* pourra aussi prêter à confusion. Mais dans la tuberculose prostatique, il y a souvent des hémorragies prémonitoires ; au toucher, les noyaux sont plus distincts du tissu glandulaire qui les encadre que dans l'abcès chronique de la prostate. La constatation de bacilles de Koch dans certains cas viendra éclairer le diagnostic.

La *lithrite et la cowpérite* présentent parfois les mêmes signes que l'abcès chronique de la prostate : blennorrhée intermittente, douleur au niveau de l'anus, saillie périnéale. Mais ici, la prostate est indemne, et ce n'est plus au toucher rectal qu'il faut s'adresser pour faire le diagnostic, mais à la palpation du périnée qui montre une tuméfaction en avant de l'anus, plus ou moins latérale, ou du moins réveille une douleur profonde et localisée, au niveau de laquelle la pression ramène au méat une gouttelette de pus.

Plus difficile est le diagnostic des *vésiculites*, car les symptômes notés : distension, épaississement, sensibilité de ces réservoirs peuvent être plus ou moins trompeurs

C'est en grande partie au toucher rectal que l'on reconnaît l'abcès chronique de la prostate. Le toucher fait reconnaître une prostate molle, amenant un flot de pus par le massage.

On aura aussi à distinguer l'abcès chronique de la prostate de la *pyélonéphrite*. Mais là nous serons vite renseignés, le rein souvent senti au palper donne des débâcles avec alternatives d'urines claires ; dans l'abcès chronique, on peut provoquer ces débâcles par le massage de la prostate.

Examinons maintenant le diagnostic différentiel chez les *vieillards*. Chez les *vieillards*, le diagnostic sera surtout à faire avec l'*hypertrophie de la prostate*. Mais dans l'hypertrophie de la prostate, la glande est grosse, parfois énorme, plus ou moins molle, mais non douloureuse, sans points ramollis ; de plus, le massage ne ramène rien au méat.

Les *calculs de la vessie* avec irradiations douloureuses et mictions sanglantes ont pu en imposer pour un abcès chronique de la prostate. Mais la présence de corps étrangers n'échappera pas à une exploration attentive et d'autre part, l'examen du liquide prostatique nous mettra à l'abri de l'erreur.

On pourra aussi confondre l'abcès chronique de la prostate avec une tumeur maligne de cette glande. Mais l'évolution de la maladie, les caractères du plastron périvésical, le résultat du massage, la cystoscopie permettront le diagnostic.

En résumé, toucher rectal, massage de la prostate, examen bactériologique et histologique du pus ramené au méat par la pression ou survenu spontanément, examen des urines recueillies après massage, voilà les principaux temps du diagnostic des abcès chroniques de la prostate.

Parfois tous les signes locaux sont masqués par un plastron de péricystite et de périprostatite, qui feraient penser à une lésion néoplasique. Dans ces cas-là, la pression rectale peut encore amener au méat du pus révélateur qui indique l'existence d'un foyer prostatique chronique.

OBSERVATIONS

Observation première

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Forgue, recueillie par M. le docteur Jeanbrau)

Cystite douloureuse chez un prostatique. — Abcès de la prostate à répétition, déterminant des poussées aiguës de cystite. — Prostatectomie périnéale et drainage prolongé de la vessie. — Guérison.

A. E..., propriétaire, 59 ans, arthritique et fortement scléreux, sans autres antécédents qu'une fièvre typhoïde et la variole dans sa jeunesse, devient pollakiurique en 1898. Un médecin consulté à ce moment, l'examine et reconnaît une énorme hypertrophie de la prostate. Il prescrit des règles d'hygiène générale et alimentaire et un petit lavement chaud le soir au coucher.

Etat actuel. — Vers le 10 juillet 1899, E... a une rétention d'urine. Son médecin appelé, fait le cathétérisme évacuateur avec une sonde de Nélaton. Le lendemain, phénomènes de cystite aiguë très intense et, trois jours après, prostatite aiguë. Instillations au nitrate d'argent, lavements landanisés, suppositoires opiacés. Le sixième jour, l'abcès prostatique s'évacue spontanément dans la vessie et détermine une reprise des symptômes d'une cystite qui s'établit définitivement et reste horriblement douloureuse.

A partir de cette époque, la cystite ne devait plus lais-

ser de trêve au malade. De juillet 1899 au mois d'octobre 1902, époque à laquelle le malade est opéré, celui-ci n'eut pas une semaine entière de répit. Il abandonna ses occupations et, nuit et jour, s'occupa exclusivement de soigner son canal et sa vessie.

De juillet 1899 *à septembre* 1900, le malade eut tous les quinze jours environ une poussée de cystite aiguë de trois, quatre, cinq jours, rarement plus. Les urines devenaient purulentes, la prostate se tuméfiait, les besoins d'uriner devenaient presque continuels, les mictions étaient horriblement douloureuses. Il arrivait souvent que le malade urinait dans ses vêtements en se tordant de douleur, les mains accrochées à un meuble ou à une porte. Dès que la crise était passée, grâce aux suppositoires morphinés, aux cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre, aux grands bains tièdes prolongés, les urines redevenaient presque claires, les mictions s'espaçaient tous les quarts d'heure, les douleurs étaient moins violentes. Mais elles étaient cependant assez intenses pour enlever toute tranquillité et tout sommeil au malade qui pensait constamment à la miction suivante.

Pendant toute cette période, le traitement local épuisa toutes les ressources de la thérapeutique : lavages boriqués, nitratés, précédés d'injection d'antipyrine, cathétérismes répétés, instillations au nitrate, au protargol, au sublimé-cocaïné, rien n'y fit. Une instillation de sublimé cocaïné détermina un jour une crise si douloureuse que le malade fut considéré dans l'hôtel comme fou furieux. La morphine seule calma, au bout de plusieurs heures, cette réaction disproportionnée à la dose d'antipyrine instillée.

Dans l'intervalle, des poussées aiguës, la vessie se laissait distendre, sans trop de douleurs, jusqu'à 60 à 100

grammes de liquide ; mais la sonde n'était tolérée que quelques minutes, et jamais nous ne pûmes faire accepter au malade une tentative de mise à demeure d'une sonde. L'exploration de la vessie en juin 1900 fut négative et ne permit pas de découvrir de calcul.

De septembre 1900 *à septembre* 1902, la cystite douloureuse continua de priver le malade de sommeil et de repos. La nuit, il s'étendait tout habillé sur un fauteuil et se levait toutes les demi-heures ou plus souvent pour uriner quelques gouttes avec les plus bizarres contorsions. Vers deux ou trois heures du matin, il se mettait au bain qui calmait momentanément ses épreintes.

En octobre 1900, les douleurs étaient telles à chaque miction, et pendant les quelques minutes qui la suivaient, que l'entourage commença à craindre le suicide du malade qui parlait constamment de se tuer. C'est alors que, le malade refusant toute intervention, on lui livra une seringue de Pravaz et une solution de morphine. En peu de temps, il arriva à se faire huit à dix injections par jour de un centigramme chaque fois. Les douleurs furent diminuées d'intensité, mais non supprimées. Mais il recouvrit le sommeil, ou tout au moins il put dormir toutes les trois ou quatre heures, pendant un quart d'heure, d'un sommeil lourd, que le besoin d'uriner interrompait chaque fois. Partout où il se trouvait, sur un banc de promenade, au water-closet, le malade s'endormait quelquefois en se faisant sa piqûre de morphine.

Vers le mois de janvier 1902, le malade avait maigri de quinze kilos, et était devenu squelettique. Il avait des phénomènes de morphinisme (surdité, amnésie), et une constipation opiniâtre, contre laquelle il prenait chaque jour quatre à cinq lavements. C'est alors qu'on substitua l'héroïne à la morphine, pour diminuer les phénomènes

d'intoxication. Pendant trois mois, l'héroïne atténua l'intensité des douleurs, mais bientôt elle devint insuffisante, et on dut reprendre la morphine.

En avril, en juin et en août 1902, le malade eut trois crises de cystite aiguë, de dix jours environ, avec troubles, mictions presque continuelles, souffrances que la morphine à haute dose (30 centigr. par jour) ne parvenait pas à calmer. Ces crises, que le malade attribuait à un refroidissement contracté en s'endormant au grand air, et que le médecin traitant considérait comme des réinfections par cathétérisme septique, étaient dues, en réalité, à l'ouverture dans l'urèthre de petits abcès prostatiques, comme le montra la prostate, enlevée par la voie périnéale.

Septembre 1902. — Le malade, cachectique, n'osait plus manger pour ne pas avoir à lutter contre une constipation que les purgatifs et les laxatifs ne pouvaient pas calmer, et qu'aggravaient encore des douleurs (le passage des scybales dans le rectum produisait, en frottant contre le bas-fond vésical, des épreintes épouvantables). Intoxiqué par la morphine, qui ne lui donnait pas le repos nocturne, et ne calmait plus ses douleurs, le malade accepta notre proposition de subir la prostatectomie périnéale.

Prostatectomie périnéale en 1902, *par M. le prof. Forgue.* — Anesthésie à l'éther. La prostate, peu volumineuse, fibreuse et dure, est enlevée en trois fragments. Le décollement capsulaire n'a pas été possible. De même, la transformation fibreuse post-inflammatoire de toute la glande, n'a pas permis de décoller la paroi uréthrale, laissant pénétrer le doigt, et par laquelle nous introduisons deux tubes en caoutchouc, à paroi résistante. Ce double tube a pour but de drainer plus parfaitement la vessie et de permettre un lavage plus facile. Tamponnement de la plaie opératoire à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Le jour même, le malade cesse de souffrir. N'éprouvant plus le besoin d'uriner, puisque l'urine s'écoule en dehors sans s'arrêter dans la vessie, il n'a plus la moindre sensation douloureuse. Mais son cerveau est tellement accoutumé à la douleur que chaque fois qu'on le panse, il est pris d'une appréhension comparable à celle qu'il éprouvait avant l'opération quand il allait uriner.

Le sommeil revient, ainsi que l'appétit, dès le lendemain de l'opération.

Depuis plus de six mois, le malade n'avait pu supporter le décubitus, et nous nous demandions comment il pourrait rester au lit après l'intervention. Il supporta le lit parfaitement, et pour la première fois depuis trois ans, il y passa ses nuits entières.

Les suites furent apyrétiques. Le quinzième jour seulement on enleva les drains périnéaux, et on plaça une sonde à demeure en gomme. Celle-ci resta dix jours en place, au bout desquels le malade ne put la supporter. On fit vers le quinzième jour une séance de dilatation, avec des béniqués que le malade trouva fort douloureux.

Examen de la pièce. — Prostate scléreuse, bourrée de petits abcès dont les plus gros avaient le volume d'un pois, et de cicatrices d'abcès. Ces abcès, en s'ouvrant successivement dans l'urèthre, étaient l'origine des poussées de cystite aiguë, et entretenaient l'infection vésicale.

Le malade garda une petite fistule périnéale pendant trois mois, mais urinait *à plein canal et sans douleur*, par la verge, toutes les heures environ, nuit et jour. Il engraissa rapidement, mais ne cessa pas complètement les injections de morphine. Tous les matins, au lever, par une vieille habitude cérébrale, il s'injectait un centigramme de morphine, et bien souvent il s'en faisait une ou

plusieurs autres dans la journée, non parce qu'il souffrait, mais parce qu'il « craignait de souffrir ».

En mai 1902, neuf mois après la prostatectomie, ayant encore une fistulette qui, tous les huit ou dix jours, quand le malade était constipé, laissait suinter quelques gouttes d'urine, on lui proposa une série de dilatations aux béniqués, qui fut acceptée, à la condition qu'on l'anesthésierait chaque fois au chloroforme. Le malade supportant parfaitement le chloroforme et n'en étant pas indisposé, M. Jeanbrau fit sept séries de dilatation, et on poussa finalement jusqu'au béniqué 56. La fistulette se ferma.

En octobre 1902, le malade, engraissé, ne souffrant plus, mange et dort parfaitement. La miction se répète toutes les heures, ou toutes les demi-heures, suivant qu'il est occupé ou oisif. Il se morphinise toujours légèrement, et ne se plaint plus que de sa constipation, qui est entretenue par la dose quotidienne de morphine que le malade absorbe sans autre raison que l'habitude prise au temps de sa cystite rebelle.

Le malade a succombé en octobre 1904, cachectisé par l'intoxication morphinique et les troubles digestifs qui en étaient la conséquence. Bien qu'il n'ait plus eu de crises de cystite, à proprement parler, il n'avait pu se désha bituer de la morphine, dont il abusait de plus en plus.

Observation II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Rétrécissement de l'urèthre. — Abcès de la prostate fistulisée dans l'urèthre. — Orchites suppurées bilatérales. — Incision périnéale de l'abcès. — Castration double. — Guérison.

C..., 81 ans, vieil urinaire, pissant mal depuis un temps indéterminé. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Moulaud, numé-

ro 1, en janvier 1909, dans le service de M. le professeur Escat.

Ce vieillard est très affaibli ; ses facultés sont très diminuées ; il ne donne que des renseignements peu précis, et se plaint de difficultés pour uriner. Nous constatons des urines troubles et un jet filiforme. Les bourses sont tuméfiées ; le testicule et l'épiderme droits sont en complète suppuration ; l'épididyme gauche présente un gros nodule en évolution.

Le toucher rectal montre une énorme prostate, molle et distendue ; la pression amène au méat une quantité considérable de pus épais ; il existe un volumineux abcès. L'urèthre est très rétréci et admet une bougie numéro 7, serrée. La vessie paraît se vider. L'état général n'est pas trop mauvais. La seule chance de guérison paraît être dans une intervention immédiate, pour supprimer le foyer d'infection de l'appareil génital.

Le 14 janvier, prostatectomie périnéale et castration bilatérale. La castration rapide a été pratiquée des deux côtés ; le scrotum droit, infiltré, est enlevé en bloc, avec son contenu ; le testicule et l'épididyme gauche sont extraits de la bourse gauche et excisés. Le scrotum gauche, ramené en cravate vers l'orifice inguinal droit, comble cette perte de substance. Suture incomplète aux crins de Florence ; drainage avec quelques mèches.

La castration terminée, incision périnéale classique ; on constate un œdème périnéal considérable. L'espace décollable est rapidement ouvert. On arrive sur la prostate, que l'on sent dure. La glande est découverte complètement, et le foyer purulent est incisé de chaque côté de l'urèthre ; la coque est épaissie de un centimètre environ ; le pus jaillit en abondance des deux côtés.

Résection large, semi-lunaire, de la face postérieure de

la prostate, pour assurer le drainage et empêcher la reconstitution du foyer. Lavage à l'eau oxygénée, drainage périnéal et mèche de gaze.

La cavité prostatique était si vaste qu'on avait cru avoir pénétré secondairement dans le rectum ; ce dernier était cependant intact, et il a été très facilement décollé. Les suites ont été parfaites. L'uréthrotomie interne n'a pas été nécessaire.

La fistule périnéale s'est rapidement fermée ; la plaie scrotale s'est réunie facilement, et le rétrécissement ayant pu être dilaté, le vieillard a quitté l'hôpital en excellent état de santé et vidant très bien sa vessie. Le massage de la région prostatique n'amène rien au méat ; les urines sont claires.

Réflexions. — L'âge et l'affaiblissement de ce malade ne légitimaient qu'une intervention très rapide. La suppuration des testicules aurait pu être traitée par l'incision, mais une réparation longue avec des pansements multiples, et la possibilité de nouvelles poussées d'orchite étaient inévitables. La castration, en supprimant des organes multiples et transformés en foyers d'infection, a paru être la solution nécessaire.

Pour l'abcès de la prostate, afin d'aller vite, je me suis contenté de l'incision large des deux lobes, avec résection cunéiforme de la coque. La prostatectomie eût demandé plus de temps ; elle m'a paru inutile ; le malade vidait sa vessie, la glande était d'ailleurs complètement évidée par la suppuration, et la castration devait encore accentuer son involution. Je pensais qu'une uréthrotomie interne serait nécessaire les jours suivants ; or, la dilatation put être effectuée convenablement, et ce malade guérit très rapidement de la fistule périnéale.

Observation III

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat).

Prostatite chronique avec hypertrophie de la glande et abcès chroniques fistulisés dans l'urèthre. — Prostatectomie périnéale.

M..., âgé de 69 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, en février 1910, chambre des pensionnaires, numéro 7. Ce malade est soigné par M. le docteur Escat depuis 1897, pour une prostatite chronique. Avant cette époque, il avait déjà été soigné par M. le docteur Vigneron, pour des troubles vésicaux à point de départ obscur, car il n'a pas eu de blennorrhagie. Il avait des poussées de cystite et des crises vésicales avec fréquence, douleurs et difficulté de la miction. A la suite d'une rétention et d'un sondage pratiqué en ville, il rendit une grande quantité de pus par le canal.

M. Escat constata, dès 1897, que le massage de la prostate faisait sourdre au méat du pus glaireux, très abondant. Quelques instillations ou lavages venaient à bout facilement des crises de cystite, mais la pyorrhée prostatique a toujours persisté depuis cette époque, et les poussées de cystite se sont renouvelées.

La glande était déjà grosse, les épididymes présentaient des noyaux d'épididymite chronique. La vessie se vidait bien, sauf dans les périodes de crises, où il y avait quelques difficultés pour uriner et des douleurs.

En juillet 1909, le malade vient consulter M. Escat pour des crises de rétention avec hématurie. Depuis quelques mois, il vide avec peine sa vessie ; les crises sont éphémères, mais plus rapprochées. Après une évacuation de pus et de caillots, l'hématurie s'arrête, et l'évacuation des urines se rétablit assez bien.

Le malade revient en février 1910. Nouvelle crise de rétention incomplète, avec hématurie et pyurie abondantes ; le massage de la prostate fait sourdre un pus vert, épais ; le sondage est difficile. Je conseille la prostatectomie, car le malade est dans l'impossibilité de se soigner chez lui. Il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Escat.

Sonde à demeure, pour désinfecter la vessie et remonter l'état général. Après 48 heures de drainage, purgatif et prostatectomie périnéale, par M. Escat.

Prostatectomie périnéale laborieuse ; périnée variqueux. Enucléation par morcellement du lobe gauche, qui est farci de quelques abcès centraux, sans communication apparente avec l'urèthre. Poids de la glande : 65 grammes. Drainage périnéal par un double tube. Le saignement opératoire cesse avec une injection d'eau chaude. Trois mèches de gaze sont placées dans le dédoublement périnéal.

Suites normales. Purgatif le quatrième jour. Alimentation solide. Santé générale très bonne, mais incontinence partielle ; la capacité vésicale est de 150 grammes. La plaie périnéale est fermée le 20 mars. Mais elle s'ouvre de nouveau le 1er avril. Malade en observation ; paraît devoir retirer un excellent résultat de l'opération.

Le malade quitte l'hôpital au bout d'un mois, ayant encore une fistule périnéale et retenant assez mal les urines. L'état général est excellent. Sous l'influence de lavages vésicaux, sans sonde, la fistule se rétrécit rapidement. Le sphincter retrouve peu à peu ses fonctions. Mais le malade est encore obligé de porter, par précaution, un petit tampon et un urinal en caoutchouc.

Revu au début de novembre 1910, le malade urine toutes les deux heures, avec un jet puissant ; une fistulette

périnéale persiste. Il porte encore, par précaution, un urinal.

En résumé, la voie périnéale a donné ici un résultat local encore défectueux. Il est permis cependant d'espérer que la contention des urines finira par être parfaite, et que la fistule périnéale se fermera. Quant à la santé générale du malade, elle est excellente.

Observation IV

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Rétention chronique. — Infection urinaire. — Incision prérectale. — Prostatotomie périnéale. — Mort d'embolie.

F..., âgé de 70 ans, est soigné depuis plusieurs semaines pour des troubles urinaires. Rétention, infection générale, écoulement purulent. Lorsque je suis appelé, en janvier 1907, je constate un écoulement uréthral très purulent ; le toucher rectal montre un gros abcès prostatique, et le massage fait sortir par l'urèthre un flot de pus crémeux, qui devient chocolat et hématique vers la fin du massage. La vessie est en rétention ; l'urine évacuée est purulente et hématurique ; il y a du subictère, une langue sèche.

Le malade refuse toute incision ; on lui met la sonde à demeure, puis on essaye de vider l'abcès, régulièrement, par le massage, et de faire des lavages sans sonde, mais sans résultats. Le malade paraît perdu. Il finit par se décider à entrer à l'hôpital, et demande une intervention.

Il est opéré à l'Hôtel-Dieu, le 8 février 1907. Chloroforme, incision prérectale, décollement. Mise à nu de la prostate, dont la coque est tendue. Incision de visu de la coque sur trois centimètres ; un flot de pus jaillit. Agran-

dissement de l'incision en croix, résection des angles de façon à retarder la fermeture. Un gros drain est placé dans la plaie ; compresses imbibées d'eau oxygénée. Sonde à demeure, après un état des plus précaires. Amélioration ; la langue devient humide ; on a quelque espoir de sauver le malade, lorsqu'il meurt subitement, le dixième jour. Embolie probable.

Observation V

Abcès chronique de la prostate consécutif à récidive d'abcès aigu blennorrhagique. — Fistule uréthro-périnéale cicatrisée le 2e mois, finalement fistule borgne interne de l'urèthre prostatique durant depuis quatre mois, mais en voie de guérison.

F..., 22 ans, jeune homme très vigoureux, déjà opéré par M. le docteur Escat il y a un an, pour abcès suraigu blennorrhagique de la prostate. Après une large incision périnéale, le foyer a guéri lentement, aidé par des massages et des lavages. Une fistulette périnéale persiste quelques jours, puis le foyer prostatique déversa pendant quelques mois de gros filaments purulents dans le premier jet d'urine. La guérison survient au bout d'un mois et demi.

En novembre 1909, M. F... contracte une nouvelle blennorrhagie et fait des excès de cheval, qui amènent un nouvel abcès suraigu, compliqué d'hyperthermie, d'agitation extrême et de rétention d'urine. Une nouvelle incision est nécessaire. Le malade, très névropathe, se décide, puis change d'idée sur la table d'opération, et s'oppose à toute intervention, malgré son état grave. Trois jours après, poussé à bout, il finit par se décider.

Incision périnéale au-dessus de l'ancienne cicatrice. On tombe immédiatement sur une membrane jaunâtre ; l'incision amène un flot de pus. On élargit et on place un gros

drain ; l'urine passe le soir même en petite quantité par cet orifice.

L'exploration interne du foyer après l'incision, au moyen du doigt, d'une sonde cannelée et d'une main gantée dans le rectum, montre que le foyer occupe le centre du lobe droit.

Le malade a refusé tout soin direct du foyer, par crainte de la douleur. Le drain est tombé au onzième jour. Les lavages et le massage prostatiques ont été repris ; la fistulette périnéale ne s'est fermée que deux mois après, mais elle ne donnait que quelques gouttes d'urine pendant le premier mois. Actuellement, le massage amène toujours des gouttes de pus épais, glaireux, lorsqu'on presse avec précision sur le foyer prostatique. Le premier jet est chargé de gros filaments. Il existe donc un foyer chronique et une fistule borgne interne. Quatre mois après l'incision, ce foyer est cependant en voie de diminution. On compte qu'il finira par disparaître, étant donné le jeune âge du sujet. Guérison incomplète en mars 1910, après série de massages et de lavages. Guérison définitive en juin 1910.

Observation VI

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Abcès chronique de la prostate. — Cystite rebelle. — Prostatotomie périnéale et résection partielle de la coque. — Amélioration.

C..., 68 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 octobre 1908, salle Moulaud, numéro 32, pour des accidents de cystite chronique douloureuse. Trois mois avant son entrée dans mon service, j'avais vu ce malade en ville, pour une crise de cystite suraiguë liée à de la prostatite chronique. Glande moyenne ; le massage fait sourdre du pus. Je n'avais trou-

vé aucune autre cause, ni calcul, ni tumeur, ni hypertrophie notable de la glande ; la vessie se vidait bien. Partant en voyage, j'instituais le traitement de la cystite : urotropine, instillation de nitrate d'argent, suppositoire de morphine. Peu de temps après mon départ, le malade eut une orchite suppurée, qui fut incisée par le docteur Platon.

Ce malade est un ancien blennorrhagique ; il a eu des uréthrites, à 18 et à 24 ans. Elles n'ont pas laissé de rétrécissement ; le canal est libre.

Les accidents de cystite ont débuté il y a deux ans, sans cause précise ; période de calme, puis rechutes légères. Il y a trois mois, hématurie qui a duré deux jours, et a été suivie d'évacuation de pus par le canal, probablement abcès ouvert dans le canal, et de nouvelles poussées de cystite violente, avec fréquence et douleur extrême ; les urines sont très sales ; miction toutes les vingt minutes, et dix fois la nuit ; à ce moment, la vessie se vidait bien. La poussée d'orchite a suivi peu après.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade est dans une situation des plus pénibles par suite des crises douloureuses répétées ; la vessie présente cependant une capacité de 130 grammes, avec un petit résidu de 40 à 50 grammes nettement fixe. L'exploration métallique, pratiquée de nouveau, ne montre pas de calcul.

L'exploration de la prostate par le massage exprime au méat un flot de pus glaireux, venant des deux lobes, qui cependant ne sont pas gros. Il est évident qu'il s'agit là de vieux foyers de prostatite suppurée, ouverts dans l'urèthre.

L'échec des massages, des lavages sans sonde ou avec sonde, l'inefficacité de l'urotropine, me décident à intervenir.

Le 24 octobre 1909, incision périnéale, après résection préalable des canaux déférents. Décollement rectal facile, mais le malade saigne notablement par suite des adhérences inflammatoires. La prostate est mise à nu. Une incision longitudinale est faite de chaque côté de l'urèthre. On ouvre deux poches purulentes, une dans chaque lobe, tapissées par une membrane pyogénique. Ces deux poches, vieux abcès chroniques, sont ouvertes dans l'urèthre.

Je fais une résection semi-lunaire de la lèvre externe de chaque incision ; une partie de la prostate est ainsi réséquée de chaque côté, pour supprimer le plancher de l'abcès et empêcher toute reconstitution du foyer. La glande paraît d'ailleurs réduite à une simple coque épaisse. J'explore la vessie au doigt ; il n'y a rien de particulier. Le pont médian uréthral, conservé, étant très altéré, je me décide à le réséquer.

Sonde à demeure à plusieurs trous, de Bazy. Elle passe facilement, la paroi supérieure étant indemne. Un gros drain est fixé à la lèvre supérieure de la plaie périnéale. Tamponnement aseptique.

Suites normales, apyrétiques. On enlève le drain le dixième jour.

Le 17 novembre, toute l'urine passe par le canal. Amélioration considérable, disparition des crises de cystite douloureuse, mais persistance d'un certain degré de cystite. L'état général du malade, qui était très précaire à son entrée, est demeuré très bon. Il reprend ses occupations, tout en continuant de soigner sa vessie par des lavages et de l'urotropine.

Revu le 18 mars 1910. Le malade souffre toujours, sans avoir les grandes crises antérieures ; son état général est bon. Il fait des lavages quotidiens à l'eau boriquée, et deux fois par semaine de nitrate d'argent.

Au toucher rectal, la prostate paraît complètement atrophiée et comme excavée ; la pression n'amène plus au méat qu'une goutte blanchâtre, au lieu du flot glaireux et purulent constaté avant l'opération. Mais la cystite chronique persiste, entretenue par un petit résidu trouble de 50 grammes, et exigeant des soins journaliers, si bien que le malade me demande si une autre opération achèverait la guérison.

En somme, amélioration, mais succès incomplet, par suite de la persistance du petit résidu. La destruction apparente de la glande ne permet guère d'espérer qu'une nouvelle intervention serait plus efficace. Revu en octobre 1910. Crises de cystite pénibles, résistant à tous les soins, mauvais état général. On peut dire que l'intervention a été insuffisante pour guérir le malade, et une prostatectomie aurait sans doute donné de meilleurs résultats.

Observation VII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Rétrécissement de l'urèthre. — Abcès chroniques de la prostate. — Pyélonéphrite. — Incision prérectale. — Mort d'anurie.

En août 1908, M..., 45 ans, vient consulter pour de l'incontinence d'urine ; il porte un urinal en caoutchouc ; il a encore cependant des besoins fréquents d'uriner, et l'incontinence n'est pas continue. Vieil urinaire infecté.

Aucune blennorrhagie. Soigné pour rétrécissement par M. le professeur Pousson, de Bordeaux. Graveleux, avec antécédents de coliques néphrétiques, d'émission de graviers et d'hématuries. Il y a eu des crises de rétention d'urine, qui ont nécessité le cathétérisme. On a fait des explorations métalliques négatives.

Actuellement, il revient de Capvern, où son état s'est aggravé. Au palper, le rein gauche paraît suspect, légère résistance. La vessie ne paraît pas distendue, la prostate est impossible à délimiter, il y a un plastron périvésical ferme. Il y a aussi un rétrécissement qui admet le 15. La sonde est arrêtée au col ; elle rentre dans une cavité qui paraît être une caverne prostatique ; l'injection revient entre la sonde et le canal. Une sonde montée sur mandrin Béniqué pénètre dans la vessie, où elle joue librement ; on évacue 40 grammes d'urine. Après un lavage au protargol, on fait une instillation de nitrate d'argent, on donne de l'urotropine. Les lavages sans sonde se font bien.

Le malade étant très pusillanime, s'oppose à tout traitement chirurgical, et je ne le revois que deux mois après. Il a eu de grands accès de fièvre, sa langue est sèche, l'incontinence persiste, la pression sur la prostate évacue du pus et des glaires fétides ; la pression sur le pubis accentue l'évacuation du pus et de l'urine. Il y a évidemment une énorme poche prostatique. Malgré l'état peu encourageant du malade, je tente une incision prérectale, le 14 octobre 1908. J'ouvre une énorme poche sous le bulbe, comprenant l'urèthre membraneux. La paroi supérieure de l'urèthre est lisse et intacte ; il est impossible de délimiter le col vésical, qui est effacé. La cavité vésicale se continue avec la poche prostatique. Une sonde de Pezer est placée au centre de la vessie ; un gros drain est placé à côté, dans la vessie. Un autre drain est étagé au-dessous dans la cavité prostatique.

Ce système assure un drainage complet et permet de faire des lavages à l'eau oxygénée. L'intervention n'a duré que quelques minutes ; le réveil est bon. Mais le pouls reste à 100. Le soir, la température est à 37 degrés, la lan-

gue est sèche ; il y a de la somnolence. L'anurie est complète ; mort le quatrième jour, sans avoir uriné.

Observation VIII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Abcès chronique de la prostate. — Lithiase prostatique. — Prostatectomie périnéale.

B..., âgé de 69 ans, vient me consulter en octobre 1908, pour des troubles vésicaux, fréquence diurne et nocturne des mictions depuis trois ans ; il se lève deux ou trois fois la nuit ; ses urines sont troubles.

Au mois de mars dernier, il s'aperçoit que sa chemise est tachée de pus ; son médecin lui conseille quelques décongestifs et l'envoie aux bains résineux de Martomet. Au retour, il est pris de rétention d'urine brusque, et pendant plusieurs jours il est obligé de se sonder pour uriner. Depuis cette époque, les taches de pus ont augmenté ; il y a un véritable écoulement uréthral intermittent. Le malade se sonde le matin et le soir, mais il ne retire qu'un petit résidu de 30 à 50 grammes, trouble, avec gros filaments lourds. Il est soumis, en même temps, à un traitement électrique de haute fréquence.

L'exploration de l'urèthre ne montre pas de rétrécissement. Le pus ne renferme pas de gonocoques. La prostate est grosse, molle, surtout le lobe droit. Le massage énergique de ce lobe fait sourdre au méat un flot de pus vert, épais. La région des vésicules paraît indemne, et le foyer est nettement prostatique. Les testicules et les épididymes sont indemnes.

Je porte le diagnostic d'abcès chronique de la prostate, ouvert dans l'urèthre, et je conseille la prostatectomie périnéale.

Le malade a perdu un frère d'infection urinaire, à la suite de cathétérisme pour hypertrophie de la prostate ; un autre de ses frères a subi la prostatectomie hypogastrique pour abcès prostatique et épididymites à répétition.

Quelques massages préalables ont été faits, mais ils sont restés sans résultats, et l'ancienneté du foyer enlève tout espoir de guérison par ce moyen.

Prostatectomie périnéale le 16 novembre 1908. Mise à nu de la prostate ; l'incision du lobe droit ouvre une poche comme une petite noix, pleine de pus et remplie de petits calculs gros comme des grains de chênevis. Du côté gauche, même incision ; abcès plus petit, mais communique largement avec l'urèthre. Résection cunéiforme de la coque prostatique et de l'urèthre prostatique. Le bas-fond de l'abcès est ainsi détruit. Je résèque tout ce que je puis cliver, mais il reste encore quelques débris prostatiques, très adhérents, du côté droit. Aucun obstacle ne paraît devoir gêner la miction. Sonde à demeure, drainage et compresses.

L'opération a été précédée de la résection des canaux déférents.

Les suites ont été normales. Fermeture rapide de la plaie en trois semaines. Mais après cette intervention, j'ai dû faire pendant longtemps des massages et des lavages sans sonde, pour arriver à ce que le premier jet ne renferme plus de filaments. Le toucher rectal montre la prostate atrophiée et presque détruite. Il reste un léger épaississement à droite. Le massage amène quelques gouttes de pus.

En janvier 1910, il s'est formé un nouvel abcès dans les débris de la prostate du lobe droit. Le massage l'a évacué dans l'urèthre, et en trois ou quatre séances, les urines sont redevenues claires et le malade a uriné un petit calcul

prostatique, comme ceux qui garnissaient les poches primitives. Je pense que ce calcul, resté dans un canalicule, a été la cause de l'abcès.

Actuellement, en mars 1910, état général excellent, miction parfaite, premier jet à peine louche. Le massage fait sourdre quelques gouttes de pus, mais insignifiantes. Je pense qu'elles finiront par disparaître.

A diverses reprises, dans les mois qui ont suivi l'opération, j'ai constaté chez ce malade des poussées de funiculite, qui s'arrêtaient au trajet inguinal au point où le canal déférent a été réséqué. Ce malade peut être considéré comme guéri.

Ce malade est revu en juillet 1910. Un nouvel abcès s'est formé aux dépens des débris prostatiques du lobe droit. Il est évacué par des massages. Depuis, le massage amène toujours des sécrétions glaireuses et purulentes au méat. Au point de vue urinaire, la miction est parfaite, la vessie se vide bien. L'état général est excellent. Succès incomplet.

Chez ce malade, nous croyons que la prostatectomie haute aurait donné un meilleur résultat et aurait évité la formation de ces abcès secondaires. L'énucléation de la glande aurait pu se faire totalement, malgré les deux poches creusées au centre des lobes.

Observation IX

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Abcès chronique de la prostate. — Vaste caverne unifiant la loge prostatique et la vessie. — Rétention incomplète. — Incontinence d'urine.

M..., 69 ans, me fait appeler en janvier 1909. Ce malade est dans un état précaire et fournit des renseignements incomplets. Antécédents impossibles à préciser. Il se plaint

d'incontinence d'urine depuis deux ans. Cette incontinence a débuté la nuit. Il ne sait pas dire s'il y avait du pus dans les urines, mais il prétend qu'il n'éprouvait ni gêne, ni douleur pour uriner. L'incontinence d'urine serait venue après une grippe ; il caractérise ainsi un état infectieux mal déterminé.

Le malade a conservé cette infirmité répugnante sans consulter un médecin jusqu'à ces derniers temps. Il y a un mois, il fut pris brusquement d'accès de fièvre, et sentit, dit-il, quelque chose qui creva dans le bassin, du côté de l'anus et de l'urèthre. Il rendit par l'anus une grande quantité de pus, de même qu'il y eut évacuation de pus et de sang par le canal.

Depuis, l'incontinence a augmenté, et l'état général est allé en faiblissant. Cet homme est actuellement dans l'état le plus grave. La langue est sèche ; il présente tous les signes de l'intoxication et de l'infection urinaires réunies.

Le palper du rein est négatif. A l'hypogastre, on ne sent pas de globe vésical. Le toucher rectal délimite mal la prostate du bas-fond vésical ; il y a une simple différence de résistance. Au niveau supposé de la prostate, le doigt trouve une cicatrice comme celle qui suit l'ouverture d'un foyer prostatique qui s'est ouvert récemment.

Au-dessus, sensation de tension molle, la pression du doigt fait jaillir au méat l'urine purulente ; l'évacuation augmente si on fait le bipalper hypogastrique et rectal. L'exploration du canal avec l'explorateur à boule montre un urèthre perméable largement ; après un léger ressaut bulbaire, on rentre dans une poche. La sonde ayant remplacé la boule, on évacue 200 grammes d'urine très purulente ; l'urine plus claire vient ensuite ; le pus reparaît à la fin de l'évacuation.

Je porte le diagnostic d'abcès chronique de la prostate ayant détruit le sphincter vésical et uréthral. Le palper du périnée antérieur et postérieur ne montre rien d'anormal. Le seul traitement logique serait l'incision périnéale ; le malade paraît d'ailleurs dans un état désespéré. Il refuse toute intervention et meurt quelques semaines après.

Observation X

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Prostatite chronique. — Abcès chronique avec fistule uréthrale borgne interne. — Rétention d'urine chronique. — Epididymites à répétition. — Résection des canaux déférents. — Mort 5 ans après avec des signes de péritonite par perforation.

B..., 54 ans, me consulte en juillet 1907, pour une rétention chronique, avec urines troubles. Depuis 10 ans, il a des fréquences anormales, mais depuis deux ans les urines sont devenues troubles, et il souffre en urinant. Ce malade a eu des blennorrhagies multiples, mais on ne peut rattacher les accidents actuels à ces antécédents. Depuis le mois de juillet, la miction spontanée a disparu ; les sondages sont indispensables, et actuellement le malade doit se sonder toutes les cinq heures.

Je porte le diagnostic de prostatite chronique, avec abcès chronique ; la glande est infiltrée, dure. Le massage fait jaillir au méat un pus glaireux, abondant.

Une intervention serait nécessaire ; le malade refuse. Je fais faire des lavages et j'ordonne de l'urotropine. Le malade revient me voir en février ; il a eu plusieurs épididymites à répétition et à bascule. L'état général est mauvais, il y a de la fièvre, des douleurs de cystite et des urines sales. Je constate des foyers d'épididymite chronique, de

déférentite. Je conseille au moins la résection des canaux déférents ; elle est pratiquée le 21 février.

Suites régulières, mais persistance des symptômes prostatiques ; les épididymites ne se sont plus reproduites. Le malade circule et vaque à ses occupations. Il a eu un bénéfice notable de l'opération. Les crises de fièvre ont disparu, de même les crises périnéales. Les fonctions sexuelles sont médiocres. L'écoulement du foyer prostatique persiste.

En résumé, malgré la persistance de la rétention chronique, le malade est très satisfait du résultat obtenu.

Revu en 1910, le malade a été pris brusquement de symptômes péritonéaux, vomissements, fièvre, météorisme et défense musculaire abdominale. Pouls à 120, petit.

On constate un empâtement marqué dans la fosse iliaque gauche ; le malade a eu, à ce niveau, de vives douleurs. Le toucher rectal et l'examen de la prostate de ce côté ne donnent pas de renseignements précis.

Etant donnés les antécédents et l'existence d'un foyer chronique suppuré de la prostate et des vésicules séminales, je crois à une péritonite par perforation ou propagation du foyer génital.

Le malade a succombé quelques heures après.

Observation XI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Escat)

Abcès chronique de la prostate. — Mort subite.

P..., 49 ans, éthylique au degré le plus accentué ; artério-sclérose généralisée, myocardite. Il raconte qu'il a été opéré de hernie inguinale il y a dix ans, à Paris.

Les suites furent néfastes, il y eut de la péritonite, et

la plaie suppura pendant six mois. Il dit avoir toujours uriné difficilement et fréquemment, se levant trois à quatre fois la nuit, depuis six ou sept ans. Il a toujours remarqué un dépôt purulent dans ses urines. Il n'a ni antécédents blennorragiques, ni syphilitiques, ni lithiasiques, pas de coliques néphrétiques.

Depuis trois mois, amaigrissement, perte de l'appétit, faiblesse, débâcles purulentes considérables dans l'urine. L'urine renferme 0,60 centigr. d'albumine, 8 grammes d'urée et 9 grammes de chlorures par litre. Il urine environ deux litres pour 24 heures.

Le palper des reins ne donne rien.

La vessie ne se vide pas ; on retire un résidu de 200 grammes.

La prostate est moyenne, souple ; le massage fait sourdre au méat un flot de pus épais. L'état général du malade contre-indique toute intervention ou anesthésie. On conseille de l'urotropine et l'évacuation régulière de la vessie.

Le diagnostic d'abcès de la prostate n'est pas douteux, mais l'origine en est inconnue.

Le malade est mort subitement le lendemain.

Observation XII

Abcès chronique de la prostate. — Incision périnéale.

S..., 75 ans, vieillard vigoureux d'apparence, vient consulter en septembre 1910.

Depuis trois mois, rétention incomplète, survenue brusquement, alors qu'il urinait très bien et ne présentait pas de signes de prostatisme. Il a subi quelques cathétérismes, mais depuis deux mois les urines s'écoulent par regorge-

ment. La vessie est tendue, la langue sèche, le pouls irrégulier. La prostate est énorme, mollasse ; la pression fait sourdre au méat un verre à Bordeaux de pus épais, chocolat. On évacue ainsi une énorme poche prostatique, et probablement péri-prostatique.

Le malade étant dans l'impossibilité de recevoir à ce moment les soins nécessaires, on ne peut, comme pis aller, que lui mettre une sonde à demeure et lui faire quelques séances de massage qui ramènent chaque fois une quantité de pus sanguinolent. L'état général s'améliore, l'alimentation s'effectue. Malheureusement, on ne peut tenter une intervention que trois mois après. Le malade est trop faible pour toute autre opération qu'une incision évacuatrice.

Le 15 octobre, incision périnéale sous chloroforme. Les deux lobes prostatiques sont fendus largement ; énorme loge développée à gauche au-dessus de la prostate ; les deux lobes sont abcédés. Un drain est placé dans chaque lobe ; un autre drain entrebaille le périnée. La sonde à demeure est maintenue.

Suites normales ; la température tombe, mais la langue reste toujours sèche, le soir. Progressivement, reprise de l'alimentation et relèvement des forces ; le foyer continue à fournir beaucoup de pus épais et fétide.

Enlèvement des drains dès le douzième jour, lavages journaliers à l'eau oxygénée.

Le malade rentre chez lui le 1er novembre 1910, toujours très affaibli. La sonde à demeure est maintenue, la vessie ne se vidant pas.

Le 15, on lève le malade une heure. L'alimentation s'effectue bien ; les forces semblent renaître. Le but est de remonter suffisamment le malade pour faire une prostatectomie transvésicale. Il est évident que le pronostic le plus réservé s'impose jusque-là.

Ce malade a guéri complètement de sa fistule périnéale et a retrouvé la fonction vésicale complète en janvier 1911. L'état général est très bon, malgré la présence de nombreux filaments purulents dans l'urine, qui indiquent la persistance de la prostatite. Il vide parfaitement sa vessie.

On se contente de ce résultat inespéré, car l'état du cœur contre-indique ici la prostatectomie. Il est probable que la prostate restera incurable, si la glande n'est pas énucléée.

MARCHE — PRONOSTIC

La guérison des abcès chroniques de la prostate est fort rare. Sous l'influence d'une thérapeutique active continuée très longtemps et d'une hygiène sévère, des périodes de rémission peuvent se produire. Mais la prostatotomie et la prostatectomie peuvent arriver à amoindrir la gravité de ces abcès.

Un fait grave au point de vue du pronostic est la fréquence de la migration du pus de l'abcès dans deux directions différentes. Soit qu'on n'intervienne pas assez vite, soit que la suppuration dépasse les limites de la loge prostatique, on peut voir les fusées prostatiques prendre des directions diverses. Il n'est pas rare de voir un abcès, ouvert primitivement dans l'urèthre ou dans le rectum, venir s'aboucher dans le second conduit laissé d'abord intact. Le pus de l'abcès traverse l'aponévrose prostato-périnéale, ulcère la paroi rectale et se déverse dans le rectum. Il en résulte des fistules très graves et dont l'incurabilité n'est que trop démontrée.

Très souvent, le pus obéit aux lois de la déclivité. Il triomphe facilement de la résistance que lui opposent les limites inférieures de la région rétro-prostatique, et gagne soit la fosse ischio-rectale, soit la région périnéale antérieure.

D'autres fois, le pus prend d'autres directions. Les fu-

sées purulentes ou les propagations obturatrices et inguinales trouvent ici le premier rang. Il faut en chercher la raison dans la riche vascularisation et dans la laxité du tissu qui entoure le canal déférent.

Parfois enfin ces fusées purulentes prennent la direction de l'ombilic et on note des phénomènes de propagation vers la cavité prépéritonéale de Retzius.

D'une façon générale, nous devons considérer les abcès chroniques de la prostate comme une infection grave, et les causes de mort par ordre de fréquence sont : l'infection purulente, la septicémie, l'épuisement qui résulte d'une suppuration longue et prolongée, la péritonite par perforation, par contiguïté. La gravité de ces abcès dépendra aussi beaucoup du terrain sur lequel ils évolueront. Ils seront beaucoup moins graves chez les sujets sains et robustes. Ils auront, au contraire, tendance au décollement et à la diffusion chez les sujets débilités.

Chez les malades *jeunes,* c'est une infirmité pénible, dangereuse pour autrui. Chez les *vieux,* on se trouve, à cause de la rétention, dans toutes les conditions favorables à l'infection urinaire et en particulier à la pyélonéphrite ascendante.

Le pronostic de l'abcès chronique de la prostate devra donc toujours être posé avec une certaine réserve. Si l'abcès chronique n'est pas très grave par lui-même, il n'en est pas de même des conséquences qu'il peut entraîner.

Toutefois, cette affection est compatible avec une longue survie. Le malade atteint d'abcès chronique de la prostate pourra s'améliorer et même guérir si, par une hygiène rationnelle et l'observation étroite du traitement, il se met à l'abri des complications.

COMPLICATIONS

Les complications sont fréquentes au cours des abcès chroniques de la prostate. On peut les diviser en trois classes :

1° Complications tenant à l'*état infectieux* de la *prostate* et des *organes voisins* ;

2° Complications tenant à la *gêne fonctionnelle* génitale ou urinaire ;

3° Complications tenant à des *altérations* de l'état *général*.

Parmi les premières, nous pouvons ranger la *cystite* ou l'*uréthrite chronique*, dont il faut savoir rapporter la cause à l'abcès chronique. Elle s'accompagne de douleurs très vives dans la région hypogastrique et de mictions très fréquentes. Elle peut être très rebelle.

La *vésiculite* est très fréquente ; elle est dué aux rapports étroits qui unissent les canaux éjaculateurs aux canaux excréteurs de la prostate.

L'*épididymite* et l'*orchite* compliquent souvent les abcès chroniques de la prostate ; elles présentent des formes variables légères ou graves. En règle générale, elles tendent à suppurer (obs. II, VI et X). Cette suppuration peut entraîner la destruction de la glande.

Parmi les complications qui tiennent à la gêne fonctionnelle, il faut signaler la *rétention complète ou incomplète*,

avec toutes ses conséquences au point de vue de l'infection générale.

Ces abcès chroniques déterminent aussi un *prostatisme précoce* chez des gens encore jeunes (obs. X). Le sondage quotidien devient obligatoire dans des conditions déplorables.

L'*incontinence* d'urine est également une des complications les plus pénibles et les plus graves chez ces malades. Elle traduit la destruction de la prostate, la formation d'une caverne et l'insuffisance des sphincters, ou encore la rétention avec distension de la vessie ; le sujet urine par regorgement.

Les *fonctions génitales* sont inégalement atteintes. Elles sont conservées quand l'affection n'est pas trop ancienne. Il est évident que les poussées aiguës de la prostatite peuvent rendre l'éjaculation douloureuse.

Lorsque la maladie n'a pas été enrayée, l'*infection générale* se développe insidieusement ; les troubles digestifs symptomatiques de l'infection et de l'intoxication urinaires terminent la scène. Parfois, l'anurie brusque se produit après la simple évacuation de la poche (obs. VII). Du côté de l'appareil circulatoire, on peut noter les signes habituels de l'infection, parfois l'embolie (obs. IV).

Enfin, on peut aussi constater de la péritonite par propagation des fusées purulentes (obs. X).

TRAITEMENT

La gravité des abcès chroniques de la prostate réclame un traitement énergique. Nous allons résumer les grandes lignes de ce traitement d'après les observations et les faits recueillis à la clinique de M. le professeur Escat.

D'abord, disons quelqus mots du traitement médical.

On recommandera aux malades des bains de siège fréquents. Ils éviteront la constipation par des laxatifs et par l'emploi des lavements. Ces lavements n'ont pas seulement pour but de combattre la constipation, mais de décongestionner la prostate.

L'antisepsie générale sera réalisée par l'urotropine ou le salol, 1 à 2 grammes en cachets matin et soir, par des capsules d'eucalyptol, d'essence de térébenthine, d'helmitol, etc.

Contre les poussées de cystite, on fera des instillations dans l'urèthre antérieur et dans l'urèthre postérieur. Le protargol, à la dose de 2 à 4 pour 100, l'argyrol et le nitrate d'argent sont très efficaces. De préférence, les grands lavages sans sonde, quand ils sont faciles, indolents et que la vessie se vide bien.

On pourra aussi employer des suppositoires décongestifs au thygénol, à l'anusol, ou des résolutifs à l'onguent mercuriel.

Mais c'est surtout le traitement chirurgical qui devra être employé.

Les malades, malheureusement, se présentent souvent trop tard au chirurgien, avec des complications inconcevables, et l'intervention devient inutile.

Il importe donc de traiter la suppuration prostatique en temps opportun, avant que le foyer suppuré ne soit devenu une loge stagnante, sans tendance à la rétraction.

Le traitement devra être préventif et curatif ; parfois, cependant, il ne pourra être que palliatif.

Le traitement préventif consistera : 1° à ouvrir les abcès aigus en temps opportun ; 2° à s'assurer de la guérison des prostatites ouvertes spontanément dans l'urèthre. Lorsqu'elles résistent aux lavages et aux massages, il faut les inciser largement par le périnée. L'incision par voie rectale est en effet contre-indiquée toutes les fois que l'abcès est déjà ouvert dans l'urèthre.

Le massage de la prostate récemment abcédée n'est légitime que s'il est vraiment évacuateur et si son efficacité est rapidement appréciable. Lorsque les débâcles purulentes se produisent seulement pendant les mictions ou spontanément en dehors des mictions et que le massage n'amène rien au méat ou rien dans la vessie, la malaxation de la glande est inutile et dangereuse.

L'abcès qui s'est fistulisé dans l'urèthre doit être ouvert dès qu'il n'a pas tendance nette à guérir. Cette tendance à la guérison est réelle lorsque le massage évacuateur diminue visiblement les débâcles purulentes et modifie les sécrétions. Si les débâcles purulentes provoquées persistent avec la même abondance et le même aspect après une dizaine de séances, il faut craindre la chronicité du foyer et ouvrir largement.

Lorsque l'abcès chronique est constitué, le traitement curatif aura d'autant plus de chance de réussir que le sujet sera plus jeune et l'abcès moins ancien. Un abcès datant de quelques mois pourra guérir rapidement par une simple prostatotomie avec résection partielle de la coque et drainage périnéal largement assuré.

Chez les vieillards à prostate hypertrophiée, malgré le mauvais terrain local et général, la guérison est encore possible.

Mais l'âge du malade et l'ancienneté de l'abcès, qui remonte souvent à une ou plusieurs années, peuvent créer des difficultés extrêmes. La prostatotomie est alors insuffisante. Elle est pourtant la seule méthode pour les sujets jeunes qui tiennent à la conservation des fonctions génitales, conservation qu'on ne peut promettre avec la prostatectomie périnéale.

Chez ces jeunes sujets, la prostatotomie large avec résection d'une large partie de la coque et curettage du foyer sera la seule opération raisonnable.

Mais lorsqu'il s'agit de vieillards, la prostatectomie est le procédé de choix.

Il ne reste qu'à opter pour la voie périnéale ou pour la voie transvésicale.

M. Loumeau a appliqué avec succès la prostatectomie transvésicale à de nombreux abcès chroniques de la prostate et se montre satisfait du procédé.

Après avoir essayé la voie périnéale, qui lui a donné quelques bons résultats immédiats, mais insuffisants, M. le professeur Escat pense que la prostatectomie transvésicale peut donner d'excellents résultats, même avec de gros abcès intra-lobaires, la glande pouvant être parfaitement isolée, malgré ces foyers, et enlevée facilement, ce qui est

un point capital ici, car les débris de prostate peuvent entraîner une suppuration persistante.

« Lorsqu'il y a des fusées prostatiques, la voie haute, combinée à la voie périnéale, pourra être l'ultime ressource donnant la sécurité immédiate et assurant la réparation ultérieure du foyer. »

CONCLUSIONS

1° L'abcès chronique de la prostate, avec ou sans fusée périprostatique, est une terminaison trop souvent méconnue de l'abcès aigu mal soigné ;

2° Il peut être la source de complications graves constituant une infirmité incurable qui aboutit aux pires lésions urinaires ;

3° L'abcès doit être recherché par le massage, par l'étude et la séméiologie des débâcles purulentes ;

4° Le traitement préventif est tout entier dans l'ouverture chirurgicale opportune des abcès aigus ;

5° Le traitement curatif est la prostatotomie périnéale avec résection partielle de la coque lorsque la conservation de la prostate est jugée possible ou lorsqu'elle est imposée par le malade ;

6° Dans les autres cas, la prostatectomie par voie périnéale ou par voie transvésicale est le seul moyen curatif ; l'essentiel est de faire une ablation complète.

Les cas graves, accompagnés de grand décollements, pourront bénéficier d'une prostatotomie préparatoire de la prostatectomie secondaire.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie du 10 au 12 octobre 1907.

— Médecine opératoire des voies urinaires.

— Article : Abcès de la prostate. Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet (Paris, 1909, t. IX).

André. — Des abcès de la prostate et de leur traitement (Revue Médicale de l'Est. Nancy, 1905, XXXVIII, 356-367).

Bertherand. — Abcès prostatiques. Gazette Médicale. (Paris, 1851, p. 53).

Desnos — Dictionnaire encyclopédique (1890).

— Pathogénie, évolution et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. Association française d'urologie, XI[e] session, p. 242.

— Traitement des suppurations chroniques prostatiques et périprostatiques. Annales des maladies des organes génito-urinaires (Paris, 1906, XXIV, 342-352).

— Traité élémentaire des maladies des voies urinaires (Paris, 1890).

Dieulafé et Averseng. — La capsule prostatique et les feuillets périprostatiques. Extrait des archives médicales (Toulouse, 1910).

Escat. — Abcès et fistules prostatiques. XI[e] session de l'Association française d'urologie (Paris, 1907).

— Rôle des glandes de l'urèthre dans les suppurations périnéales (Annales des maladies des organes génito-urinaires).

— Malformations congénitales et acquises de l'urèthre (Extrait des Annales des maladies des organes génito-urinaires, 7 janvier 1908).

— Leçons cliniques inédites sur les abcès chroniques de la prostate (Marseille, février 1910).

Forgue. — Affections inflammatoires de la prostate. Traité de chirurgie Duplay et Reclus (t. VII).

Frank (M.) (de Berlin). — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate (XI[e] session de l'Association française d'urologie. Paris, 1907).

Guyon. — Des prostatites chroniques. Annales des maladies des organes génito-urinaire, 1887, 322-339.

— Traité des maladies des voies urinaires (Paris, 1903).

Hartmann et Lavenant (de Paris). — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie (Paris, 1907).

Hépert. — Abcès chronique de la prostate. Revue Médicale de Normandie (Rouen, 1901).

Heresco (J.). — Abcès de la prostate. Journal of Amer. Med. Assoc. 16 août 1890, p. 247 (Prostatitis and prostatic abscess.).

Heresco (de Bucharest). — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie (Paris, 1907).

Hinrichsen. — Ueber Prostata Abscesse. Arch. chir. Berlin, 1904. XIII, 369-404.

Jonnesco. — Abcès de la prostate. Bulletin Société de chirurgie de Bucarest, 1900.

Jallaguier. — Quelques mots sur les abcès de la prostate (Gazette Médicale, Montpellier 1846).

Kirmisson. — Abcès de la prostate. Gazette de Paris 1887. 10 décembre.

Lallemand. — De l'inflammation et des abcès de la prostate (Gaz. Méd., Montpellier, 1843).

Lohnstein. — Ueber die Menge des Prostate secretes bei chronischer Prostatis. Allg. Med. Centr. Zeitung, Berlin, 1900.

Lafont. — Traitement des abcès de la prostate par l'incision rectale. Thèse de Paris, 1895.

Le Fur. — Maladies des voies urinaires. Nouveau Traité de médecine de Brouardel et Gilbert (Paris 1907).

— Abcès volumineux de la prostate guéri par le massage de la prostate. Session de l'Association française d'urologie, 1903.

— Prostatites chroniques et leur traitement. Bulletin de l'Association française d'urologie, 1902.

— Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate (XI[e] session de l'Association française d'urologie).

Loumeau. — L'opération de Freyer appliquée au traitement de certaines suppurations prostatiques. Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1907.

— Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie.

— Nouveau cas de suppuration chronique non tuberculeux de la prostate guéri par l'opération de Freyer. Gazette des sciences médicales de Bordeaux (15 août 1909).

Mercier. — Abcès prostatique fistulisé au périnée. Bulletin de la Société d'anatomie (Paris, 1892).

Minet. — Les suppurations prostatiques et périprostatiques. Formes et traitement (Thèse Paris 1901).

— Sur le diagnostic et le traitement des abcès prostatiques au cours de l'hypertrophie de la prostate. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1901.

— Suppuration de la prostate. Discussion XI[e] session de l'Association française d'urologie, 1907.

— La fièvre comme indication opératoire dans les abcès de la prostate. Association française d'urologie, Paris, 1909.

Noguès (M.) (de Paris). — Abcès de la prostate : incision péritonéale. Elimination spontanée par la plaie opératoire de deux vésicules séminales. Annales des org. génito-urin., 1903.

Noguès. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie, 1907.

Oraison. — Rapport sur la pathogénie et le traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie, 1907.

Pélin. — Du traitement des abcès non tuberculeux de la prostate, en particulier du traitement par l'incision rectale.

Picard. — Note sur les inflammations et abcès de la prostate. Paris, 1875.

Pastureau. — Des abcès de la prostate. Paris, 1872.

Poncet. —Traitement des abcès prostatiques. Province Médicale de Lyon, 1887, 417-420.

Pauchet. — Chirurgie de la prostate. Paris, 1909.

Picard. — Traité des maladies de la prostate et des vésicules séminales. Paris, 1896.

Piollenc. — Etude clinique sur 25 observations nouvelles de prostatectomie périnéale. Thèse de Lyon, 1903.

Pousson. — Conférence sur les maladies de la prostate, des uretères et du rein.

Rafin. — Abcès de la prostate. Revue clinique d'andrologie et de gynécol. Paris, 1907.

— Suppuration de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie, 1907.

Reclus. — Traitement des abcès de la prostate. Bulletin de la Société de chirurgie, 22 juillet 1885.

Reverdin. — Prostatite suppurée, incision périnéale prérectale. Guérison rapide. Rev. Méd. Suisse Romande, 1891, 187-190.

Reverdy. — Contribution à l'étude des prostatites chroniques. Thèse de Montpellier, 1907.

Reynès (de Marseille). — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI[e] session de l'Association française d'urologie. Paris, 1907.

Roth. — De prostatidis chronicœ pathologia, 8° Monachii, 1842.

Routier. — Cause et traitement des abcès de la prostate. Presse Médicale, 1900.

Saint-Cène. — Des abcès latents de la prostate au cours de l'hypertrophie prostatique. Thèse Paris, 1900.

Segond. — Abcès prostatique. Bulletin de la Société de chirurgie, 1885.

— Prostatite aiguë et abcès de la prostate. Thèse de Paris, 1880.

— Incision périnéale et traitement des abcès prostatiques. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1885.

Tédenat. — Suppuration de la prostate. XI[e] session de l'Assoc. française d'urologie. Paris, 1907.

Thierre. — Contribution à l'étude des abcès non tuberculeux de la prostate. Thèse de Lyon, 1907.

Toupet. — De l'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale. Thèse de Paris, 1903-1904.

Vautier. — Abcès de la prostate. Bulletin de la Société d'anatomie. Paris, 1855.

Voillemier et Le Dentu. — Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1881.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 février 1911.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 février 1911
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !